



L'ACCEPTABILITE ET LA  
FAISABILITE D'INTRODUIRE  
LA METHODE DES JOURS FIXES®  
(MJF) DE PLANIFICATION  
FAMILIALE DANS LES CLINIQUES  
DE SANTE DE LA REPRODUCTION  
AU BURKINA FASO

Rapport final



Elaboré par :

Abel Bicaba, MD, PMH  
Barbara Rawlins, MPH  
Rebecca Dineens, MS  
Boubacar Ouedraogo, Bac D



Soumis par:

JHPIEGO

L'Institut de la Santé Reproductive  
Georgetown University

Juillet 2005

Le soutien dont bénéficie l'Institut de la Santé de la Reproduction de la part de l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International (USAID), lui permet d'aider un grand nombre d'institutions internationales, tant publiques que privées, à introduire et à élargir les services de la MJF.

L'Institut offre une assistance technique et un appui aux organisations et programmes qui souhaiteraient fournir la méthode. Pour plus d'informations, veuillez nous contacter à cette adresse [irhinfo@georgetown.edu](mailto:irhinfo@georgetown.edu) ou visiter notre site Internet, [www.irh.org/french](http://www.irh.org/french).

La Méthode des Jours Fixes et le Collier du Cycle sont des marques déposées de Georgetown University.

Avec l'appui de l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International aux termes de l'Accord de Coopération HRN-A-00-00011-0097-
--

Copyright 2005 par JHPIEGO. Tous droits réservés.

JHPIEGO, affiliée à Johns Hopkins University, établit des partenariats mondiaux et locaux afin d'améliorer la qualité des services de santé pour les femmes et les familles dans le monde entier. JHPIEGO est un leader mondial en matière de création d'approches novatrices et efficaces au développement des ressources humaines pour la santé.

JHPIEGO  
Brown's Wharf  
1615 Thames Street  
Baltimore, Maryland 21231, USA  
[www.jhpiego.org](http://www.jhpiego.org)

MARQUES: Toutes les marques et noms des produits sont des marques ou des marques déposées par leurs sociétés respectives.

Norplant est la marque déposée de Population Council pour les implants subdermiques comme le lévonorgestrel.

# TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	iii
SIGLES ET ABREVIATIONS.....	iv
RESUME ANALYTIQUE	
Introduction.....	v
Méthodologie.....	v
Discussions sur les résultats.....	vi
Conclusions et recommandations.....	ix
ACCEPTABILITE ET FAISABILITE D'INTRODUIRE LA METHODE DES JOURS FIXES® (MJF) DE PLANIFICATION FAMILIALE DANS LES CLINIQUES DE SANTE DE LA REPRODUCTION AU BURKINA FASO	
Introduction.....	1
Fondement de l'Etude.....	1
Contexte de l'Etude.....	2
Méthode des Jours Fixes.....	3
Modèle et Méthodologie de Recherche .....	5
Questionnements et Objectifs de la Recherche.....	5
Modèle de l'Etude.....	6
Echantillon.....	6
Enrôlement des clientes.....	7
Collecte des données.....	8
Insuffisances de l'étude.....	12
Activités préparatoires et de promotion.....	13
Activités de formation et autres activités préparatoires.....	13
Mobilisation communautaire.....	14
Résultats.....	15
Profil de l'utilisatrice de la MJF .....	15
Profil du prestataire et du superviseur de la MJF.....	19
Expérience tirée par les prestataires et les superviseurs de l'introduction de la MJF.....	20
Modes d'enrôlement des clientes.....	22
Antécédents en matière d'utilisation de méthodes contraceptives.....	24
Sources d'information/Motivations du choix de la MJF .....	25
Statut des utilisatrices de la MJF après six mois d'enrôlement.....	27
Connaissance et utilisation de la MJF par la cliente.....	30
Participation des partenaires hommes.....	32
Gestion des jours féconds.....	32
Questions de genre et dynamique des couples utilisant la MJF.....	34
Aisance dans l'utilisation de la MJF.....	39
Degré de satisfaction parmi les utilisatrices.....	40
A propos des femmes qui avaient interrompu l'utilisation de la MJF.....	42
Grossesses.....	43
Opinions des utilisatrices de la MJF à propos du coût du Collier du Cycle.	44
Regards portés sur la MJF par les nouvelles clientes de Planification familiale ayant choisi une méthode autre que la MJF.....	44

Coût d'introduction de la MJF.....	45
Discussion.....	49
Conclusions et recommandations.....	52
Suggestions des utilisatrices en vue d'une amélioration de la MJF.....	52
Recommandations pour le passage à l'échelle.....	53
Recommandations pour de futures études similaires .....	54
ANNEXE : ORGANISATION DES SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE PAR STRUCTURE SANITAIRE	
Organisation du site.....	I
REFERENCES.....	II

## REMERCIEMENTS

Les auteurs du présent document voudraient, avant toute chose, exprimer leurs vifs remerciements aux femmes, couples, prestataires et superviseurs qui ont consenti une partie de leur précieux temps pour prendre part à cette étude. Nous espérons que comme nous, ils ont pris la juste mesure du caractère combien salubre de leur participation à cette étude.

Nous voudrions également remercier le Ministère de la Santé du Burkina Faso pour le soutien indéfectible et inestimable qu'il n'a cessé de nous accorder tout au long de l'étude. Nos remerciements s'adressent particulièrement au Dr. Conombo Gyslaine, Directrice de la Santé de la Famille et à M. Ouédraogo Ernest, Responsable du service de Planification familiale, à la Direction de la Santé de la Famille.

Plusieurs institutions ont apporté leur assistance à JHPIEGO dans la réalisation de cette étude. Nos remerciements vont particulièrement à l'endroit de l'Institut de la Santé Reproductive (IRH) de Georgetown University et plus spécialement à Caroline Blair et à Daren Trudeau, qui ont assuré l'orientation technique de l'étude. Nous tenons également à exprimer notre gratitude au Laboratoire d'Etudes Appliquées aux Dynamiques de Développement (LEADD), qui a formé les prestataires de soins de santé à la Méthode des Jours Fixes (MJF) et à Mwangaza, particulièrement à Djingiri Ouoba, qui a entrepris un travail de mobilisation communautaire dans les zones aux alentours des trois sites qui ont pris part à l'étude afin d'informer les membres de la communauté sur la disponibilité de la MJF.

Cette étude n'aurait pas pu être réalisée sans la contribution de plusieurs anciens et actuels membres du personnel de JHPIEGO, notamment Jérémie Zoungrana, Allisyn Moran, Aimee Dickerson, Linda Fogarty, Serge Coulibaly, Paul Nébié et Saifuddin Ahmed. Dana Lewison a fourni son soutien pour l'éditorial du présent rapport.

Jocelyne Kyelem et Myrna Khan, consultantes, ont apporté d'importantes contributions à cette étude.

Le soutien dont bénéficie l'Institut de la Santé de la Reproduction de la part de l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International (USAID), lui permet d'aider un grand nombre d'institutions internationales, tant publiques que privées, à introduire et à élargir les services de MJF.

L'IRH offre une assistance technique et un appui aux organisations et programmes qui souhaiteraient fournir la méthode. Pour plus d'informations, veuillez nous contacter à cette adresse [irhinfo@georgetown.edu](mailto:irhinfo@georgetown.edu) ou visiter notre site Internet, [www.irh.org/french](http://www.irh.org/french).

Cette publication a été rendue possible grâce au soutien de l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International aux termes de l'Accord de Coopération HRN-A-00-98-00041-00. Les opinions exprimées dans le présent document sont celles des auteurs et ne reflètent pas forcément celles de l'Agence des Etats-Unis pour le développement International.

## SIGLES ET ABREVIATIONS

ABBEF	Association Burkinabé pour le Bien-être Familial
SIDA	Syndrome de l'Immuno – Déficience Acquise
AMASAR	Association pour une Maternité sans Risque
DSF	Direction de la Santé de la Famille
PF	Planification Familiale
TBS	Taux brute de scolarisation
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
IEC	Information, Education, Communication
INSD	Institut National de la Statistique de la Démographie
IRH	Institut de la Santé Reproductive
DIU	Dispositif Intra -Utérin
LEADD	Laboratoire d'études appliquées aux dynamiques de développement
ONG	Organisation non – gouvernementale
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
MJF <sup>®</sup>	Méthode des Jours Fixes
SFPS	Santé Familiale et Prévention du SIDA
SMI	Santé Maternelle et Infantile
USAID	Agence des Etats-Unis pour le Développement International

# RESUME ANALYTIQUE

## INTRODUCTION

Le besoin de services appropriés de planification familiale (PF) en Afrique subsaharienne est grand et ne cesse de croître. Une nouvelle méthode de planification familiale, en occurrence la Méthode des Jours Fixes® (MJF), possède le potentiel pour élargir le choix des femmes et des couples en matière de PF et pour contribuer à promouvoir la santé de la reproduction et de la famille. Développée par l'Institut de la Santé Reproductive (IRH) de Georgetown University, la MJF repose sur le principe de la « fenêtre féconde » du cycle menstruel d'une femme et implique un simple collier de perles multicolores et dénombrables (Collier du Cycle®) que les couples peuvent utiliser pour éviter d'avoir des rapports sexuels pendant la période féconde. Un test d'efficacité a révélé que la MJF est efficace à 95% lorsqu'elle est utilisée correctement (Arévalo, Jennings et Sinai 2002).

Le Burkina Faso, pays au sud du Sahara, a un taux élevé de besoins non –satisfaits en PF en même temps qu'il possède une forte demande potentielle de méthodes naturelles de planification familiale ; il apparaît ainsi comme un lieu prometteur pour l'introduction de la MJF. Le Burkina Faso a un taux de besoins non –satisfaits en PF estimé à 28,8%, dont 21,8% porte sur l'espacement des naissances, ainsi qu'une demande potentielle en PF estimée à 42,6% dont 31,7% porte sur l'espacement des naissances (INSD 2004). Des recherches plus approfondies indiquent que malgré le fait que les femmes burkinabés aient une connaissance élevée des méthodes modernes de PF et que ces méthodes soient facilement accessibles, beaucoup d'entre elles préfèrent utiliser des méthodes naturelles/traditionnelles. Parmi les 14% environ de femmes en âge de procréer au Burkina Faso (15 – 49 ans) qui affirment utiliser une méthode de PF, 4,2% d'entre elles disent utiliser une méthode traditionnelle (INSD 2004). Cependant, malgré l'existence d'une forte demande potentielle de méthodes naturelles de planification familiale au Burkina Faso, l'accès à ces méthodes reste encore souvent limité. Bien que la plupart des structures de PF affirment offrir des méthodes naturelles, une simple observation sur le terrain permet de se rendre compte que ces méthodes sont rarement incluses parmi les services de PF actuellement disponibles.

En 2002, le Ministère de la Santé du Burkina Faso a invité JHPIEGO à mener une étude prospective de recherche opérationnelle dans le but d'évaluer l'acceptabilité et la faisabilité d'introduire la MJF dans la gamme des méthodes offertes dans certaines structures offrant des services de PF. JHPIEGO a collaboré avec l'IRH pour réaliser cette étude, et ce, avec le soutien du Laboratoire d'Etudes Appliquées aux Dynamiques de Développement (LEADD), une organisation non – gouvernementale basée au Bénin, et Mwangaza, une organisation non – gouvernementale de mobilisation communautaire au Burkina Faso.

## Méthodologie

L'étude a été conçue de sorte qu'elle réponde à deux questions majeures de recherche :

1. La MJF est –elle une méthode de PF acceptable au Burkina Faso de l'avis des couples qui l'utilisent et des prestataires de PF qui l'offrent ?
2. Est-il faisable d'introduire la MJF dans les centres de prestation de services de PF existants au Burkina Faso ?

La présente étude a été menée dans trois sites de prestation de services de PF, dont un en zone rurale et les deux autres en contexte urbain, notamment Ouagadougou. La MJF a été offerte dans le cadre des services de PF de routine au niveau des trois centres. Les femmes qui ont accepté à participer à l'étude (n = 79) ont été interrogées à l'enrôlement, puis 1 mois et 6 mois après. Un sous – ensemble de ces femmes accompagnées de leurs maris ont participé aux discussions en groupes dirigées. Des prestataires de soins de santé formés (n= 14) et de nouvelles clientes de PF ayant décliné l'offre de la MJF (n = 30) ont également été interviewé. Les 79 femmes qui on accepté la MJF dans l'étude (plus 16 autres qui ont accepté la MJF mais n'ont pas participé à l'étude) représentaient en moyenne 10% des nouvelles utilisatrices de PF dans l'ensemble des trois structures de PF participant à l'étude au moment de l'enrôlement (mai 2003 –janvier 2004). Des 920 nouvelles clientes de PF à qui on a offert la MJF au moment de l'enrôlement, 133 ont exprimé leur intérêt pour la méthode, 95 ont été déclarées éligibles à la MJF, et 87 ont consenti au départ à participer à l'étude. Huit femmes se sont retirées au commencement en avançant l'argument selon lequel elles ne pouvaient pas se rendre au centre pour les visites de suivi, ce qui a ainsi ramené le nombre de l'échantillon final à 79 femmes.

D'une manière générale, l'enrôlement à l'étude n'était pas aussi élevé que l'on avait prévu au départ du fait du retard de plusieurs mois pris dans les activités de proximité et de promotion auprès des communautés, couplé à l'utilisation de critères d'éligibilité extrêmement sélectifs pour l'obtention de la méthode (ex : les femmes qui ne connaissent pas de la durée de leurs cycles ont été renvoyées). Compte tenu du faible nombre de l'échantillon, il serait souhaitable que l'on procède à une exploration plus profonde de nombre des questions relevées pendant cette étude lorsque l'on aura atteint un plus grand élargissement des services, même si, pour cela, on devrait utiliser une méthodologie moins sélective.

## **DISCUSSION SUR LES RESULTATS**

Les résultats de l'étude indiquent que la MJF est une méthode acceptable par les couples burkinabé ayant participé à l'étude et qu'il est faisable de l'introduire dans les services de PF existants. La MJF se présente comme une méthode de PF acceptable d'un point de vue culturel par les utilisatrices principalement parce qu'elle s'apparente aux méthodes traditionnelles avec lesquelles une bonne moitié des femmes et des hommes burkinabés en âge de procréer disent être familiarisés ; en plus, la méthode n'a aucune conséquence sur la santé de la femme et ne s'accompagne d'aucun effet secondaire. Parmi les femmes qui ont consenti à utiliser la MJF, 58,6% et 20,7% ont confié qu'elles avaient choisi la méthode pour ces deux raisons respectivement. Dix-neuf pourcent des femmes ayant accepté d'utiliser la MJF ont lié leur choix au fait que la méthode n'exige aucune prise de médicaments ou de chirurgie tandis que 17, 2% invoquent des considérations religieuses/ morales pour le choix de la MJF. Par ailleurs, l'abstinence périodique est une méthode à laquelle sont habituées beaucoup de femmes ayant accepté d'utiliser la MJF : 16,7% des femmes interviewées ont affirmé avoir déjà utilisé dans le passé l'abstinence périodique, tandis que 10,9% des femmes interrogées ont admis avoir utilisé cette méthode au cours des deux derniers mois.

Le processus d'introduction de la MJF dans les services de PF existant dans les trois structures ayant pris part à l'étude s'est faite, aux dires des prestataires, avec peu de difficultés majeures. Aucun des prestataires qui ont pris part à l'étude n'y a renoncé avant la fin, et tous ont exprimé leur volonté de continuer à offrir la méthode. Les prestataires de PF ayant participé à l'étude ont déclaré avoir efficacement intégré la prestation de la méthode dans leur

pratique quotidienne. La MJF a été systématiquement incorporée dans la gamme de méthodes de PF offertes par les prestataires et a été incluse comme partie intégrante du counseling général fourni à toute personne qui se rend à la structure en quête d'une méthode de PF. Les mêmes salles et les mêmes points de services ont été utilisés pour offrir les services de la MJF tout comme c'était le cas pour les autres méthodes de PF. Les infrastructures physiques, le personnel, les équipements et les programmations n'ont nécessité aucune modification. Les prestataires ont unanimement convenu, cependant, que le temps consacré pour le counseling de la MJF est relativement plus long et nécessite des ajustements dans l'organisation du travail. Il est ressorti que le travail en équipe permet de réduire le temps d'attente des femmes qui souhaitent utiliser la MJF ou une autre méthode. Comme pour toute nouvelle méthode, le temps de counseling est susceptible de se raccourcir au fur et à mesure que les prestataires vont acquérir une certaine expérience de la méthode ; de même, des campagnes d'IEC/CCC pourraient contribuer à élever le niveau de connaissance de base de la méthode de la part de la cliente. D'autres difficultés ont été rapportées par quatre des prestataires et portent sur : la méconnaissance des femmes de leurs cycles menstruels ; le mauvais respect par les femmes des rendez-vous de suivi ; et la non – participation des hommes aux séances de counseling. En ce qui concerne le suivi, dans un cadre typique de prestation de service par opposition au cadre d'étude ici décrit, le suivi constituera moins une problématique étant donné qu'il sera moins fréquent, avec une seule visite de suivi recommandée (mais pas absolument nécessaire) pour les utilisatrices de la MJF. De plus, il peut paraître irréaliste de la part des prestataires de s'attendre à ce que les hommes participent aux séances de counseling sur la MJF, étant donné que les hommes accompagnent rarement leurs partenaires aux visites de PF. Ce qui serait par contre possible de faire, c'est d'entreprendre des initiatives pour toucher les hommes à travers des efforts appropriés d'information, d'éducation et de communication (IEC).

A la séance de suivi du 6<sup>ème</sup> mois, 48% (n = 38) des utilisatrices de la MJF continuaient à utiliser la méthode, tandis que 25% (n = 20) avaient abandonné son utilisation, 24% (n = 19) étaient perdues de vue et 3% (n = 2) étaient tombées enceintes alors qu'elles utilisaient la méthode. Il nous est revenu que l'interruption de la méthode était liée à plusieurs facteurs, mais s'expliquait essentiellement par le fait d'avoir eu deux ou plusieurs cycles en dehors de la fourchette recommandée, ou en d'autres termes d'avoir eu un cycle irrégulier ; après deux ou trois cycles, la moitié des femmes qui avaient interrompu la méthode ont affirmé avoir abandonné la méthode parce que leurs cycles ne s'y prêtaient pas. Les deux cas de grossesse enregistrés parmi les femmes qui ont poursuivi l'utilisation de la méthode, soit 2,5% des femmes admises dans l'étude, représentent un taux relativement acceptable considération faite de l'efficacité d'autres méthodes. Les grossesses étaient dues à des rapports sexuels non – protégés contractés pendant des jours féconds pour un cas et pour des raisons non déclinées dans l'autre cas.

Tout comme les utilisatrices d'autres méthodes de PF au Burkina Faso, les femmes utilisatrices de la MJF et leurs maris/partenaires étaient mieux instruits que les hommes et les femmes en âge de procréer dans la population générale : la majorité avait atteint le cycle secondaire ou supérieur pour une répartition par sexe de 64% des femmes et 79% des maris/partenaires. Les niveaux d'instruction relativement élevés parmi les participantes à l'étude peut également refléter le profil d'instruction plus élevée des résidents des zones urbaines dans deux des trois sites de l'étude. Les femmes avaient un âge moyen de 31,7. Leurs maris/partenaires étaient généralement plus âgés qu'elles : 39% des femmes étaient âgées de 35 ans ou plus comparé à 71% de leurs partenaires pour la même tranche d'âge (c'est – à dire de 35 ans ou plus). La plupart des utilisatrices de la MJF (79%) avaient entre un et quatre enfants vivants, avec une moyenne de 2,8 enfants. Seulement 11, 7% des utilisatrices

de la MJF interrogées n'avaient jamais utilisé une méthode de PF avant de choisir la MJF, tandis que 21,8% n'avaient utilisé aucune méthode de PF au cours des deux mois qui avaient précédé l'étude. Cependant, beaucoup parmi les femmes interrogées qui avaient déjà utilisé une méthode de PF utilisaient des méthodes telles que les tablettes vaginales moussantes, l'abstinence périodique, ou d'autres méthodes traditionnelles, dont on avait pas fait la preuve de leur très grande efficacité.

La connaissance relative à la manière d'utiliser la MJF s'est révélée être relativement élevée à la visite de suivi du 6<sup>ème</sup> mois. Sur la base d'une évaluation des connaissances de la MJF en 6 points rappelés spontanément, les femmes qui continuaient à utiliser la méthode ont montré une moyenne de 4,9 contre une moyenne de 5 chez celles qui avaient arrêté d'utiliser la méthode. La connaissance de l'utilisation de la MJF a révélé une tendance à la hausse chez les femmes qui ont continué à utiliser la méthode dans l'intervalle de temps qui a séparé la première séance de suivi à la deuxième, respectivement tenues à 1 mois et à 6 mois après l'enrôlement.

L'utilisation correcte de la MJF est restée inmanquablement élevée : le pourcentage des utilisatrices dont la perle était correctement marquée (sur vérification de la personne qui avait animé l'entretien) au moment du sondage était de 95% au cours de toutes les deux séances de suivi, tout comme était de 95% le pourcentage des femmes qui avaient affirmé déplacer chaque jour l'anneau noir. Les femmes qui continuaient à utiliser la méthode enregistraient une moyenne de 2,7 sur la base d'une évaluation pour déterminer « l'utilisation correcte » de la méthode en une série de trois questions.

D'une manière globale, l'aisance à utiliser la méthode, telle que rapportée par les femmes qui continuaient à utiliser la méthode, s'était améliorée entre le premier et le sixième cycle. L'aisance à utiliser la méthode a été mesurée sur la base des réponses données par les femmes à six questions qui visaient à évaluer leurs avis sur le degré de facilité d'utilisation/respect d'éléments spécifiques de la méthode, tels que le Collier du Cycle, le calendrier, la collaboration avec leur partenaire et la gestion des jours féconds. Concernant tous les aspects liés à l'utilisation de la méthode ayant fait l'objet d'évaluation, une proportion très élevée de femmes interrogées affirmaient que l'utilisation de la méthode était « facile » après le sixième cycle (plus de 60%) plutôt qu'après le premier cycle (plus de 50%).

La satisfaction vis-à-vis de la méthode chez les femmes qui continuaient d'utiliser la méthode était très élevée comme elles l'ont laissé entendre lorsqu'elles avaient été interrogées sur la question aussi bien lors des visites de suivi du premier mois que du sixième mois : plus de 90% des femmes utilisant la MJF et interrogées lors des séances de suivi ont laissé entendre qu'elles étaient satisfaites de la méthode et ont affirmé qu'elles la recommanderaient à d'autres femmes. Le désir de poursuivre l'utilisation de la méthode était également très grand aussi bien parmi les femmes que parmi les hommes qui continuaient à utiliser la méthode (plus de 90%).

Au cours de toutes les deux séances de suivi, les utilisatrices de la MJF ont laissé entendre que l'implication de leur mari/partenaire dans l'utilisation de la MJF était élevée : 90,2% au 1<sup>er</sup> mois et 86,8% à 6 mois. Si l'on en croit les femmes, la participation des hommes s'est traduite par le fait de déplacer eux-mêmes l'anneau du Collier du Cycle ou le fait de rappeler à la femme de le faire, de marquer sur le calendrier le premier jour du cycle menstruel de la femme, et d'échanger avec les femmes à propos des jours féconds et de l'utilisation d'une autre méthode contraceptive (barrière) pendant cette période.

Le dialogue entre les membres d'un couple pour parvenir à une entente sur la gestion des jours féconds est une des conditions d'une utilisation efficace de la MJF. L'utilisation de la MJF se présente comme un facteur de promotion d'une meilleure communication au sein des couples à propos de la sexualité et de l'utilisation du préservatif comme étant des éléments autour desquels il faudra impérativement réaliser un consensus à propos de la manière de gérer les jours féconds. Cependant, le consensus à propos des jours où avoir des rapports sexuels a paru décroître quelque peu avec le temps, aux dires des utilisatrices de la méthode : le consensus avec les partenaires tel que rapporté par les utilisatrices s'élevait à 79% après le premier cycle et à 70% après le sixième cycle. En plus, 34% et 41% de femmes ont affirmé avoir été confrontées à de sérieux désaccords avec leurs partenaires sur la gestion d'une période féconde respectivement après le premier cycle et le sixième cycle. Lors des discussions en groupes dirigées, la gestion des jours féconds a également été citée comme étant un problème aussi bien pour les femmes et les hommes qui continuaient à utiliser la méthode que pour ceux qui l'avaient interrompu. Au cours de ces discussions, il est ressorti que la durée de la fenêtre féconde était très longue, et le refus de certains hommes à utiliser les préservatifs, ajouté à la difficulté d'observer une abstinence totale rendrait la gestion des jours féconds difficile pour certains couples.

Les entretiens portant sur les questions de genre et la dynamique des couples avec un sous-ensemble de femmes utilisatrices de la MJF (n = 31) et leurs partenaires (n = 14) avaient révélé qu'il se peut que la MJF ait affecté les visions des femmes et de leurs maris/partenaires des préservatifs : il est revenu que les hommes étaient de moins en moins réticents à utiliser les préservatifs et qu'ils avaient des réactions plus positives à en croire les femmes interrogées. Parmi les hommes, 21,4% ont reconnu n'avoir plus de réaction négative à l'utilisation des préservatifs et 28,6% ont affirmé ne plus prendre de décisions unilatérales à propos des rapports sexuels et de l'utilisation du préservatif. Les femmes avaient laissé entendre qu'elles ne pensent plus que leurs partenaires leur collent des soupçons d'infidélité lorsqu'elles évoquent l'utilisation de préservatifs.

Au-delà de la prévention de la grossesse, l'utilisation de la MJF semble avoir aidé les femmes à mieux comprendre leur cycle menstruel et à mieux communiquer avec leurs partenaires sur des questions de sexualité. Les discussions en groupes dirigées organisées avec les femmes utilisatrices de la MJF et leurs partenaires indiquent que la MJF a amélioré les relations dans certains couples en renforçant la communication sur la sexualité, un sujet considéré pendant longtemps comme étant tabou.

## **CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS**

Au regard du taux élevé de besoins non-satisfaits de PF au Burkina Faso, les efforts entrepris dans le sens de répondre à ces besoins non-satisfaits doivent impliquer un élargissement des options mises à la disposition des femmes et des couples. Les résultats de cette étude indiquent que l'introduction d'une nouvelle méthode de PF simple et naturelle comme la MJF, à même d'être mieux acceptée culturellement par certaines clientes, représente une stratégie viable pour l'élargissement de l'éventail des choix de méthodes contraceptives dans le pays.

A la lumière de ces résultats de l'étude, il serait utile d'élargir la disponibilité de la MJF à d'autres structures de santé au Burkina Faso. Un tel élargissement requerrait certaines modifications de l'approche, y compris des modules de formation et des matériels d'appui. Si

le Ministère de la santé ou des institutions privées de santé décident de procéder à l'extension de la MJF au Burkina Faso à l'avenir, nous recommandons que les étapes suivantes soient suivies pour introduire la méthode dans les services actuels de PF:

- **Promouvoir la MJF dans les circonscriptions sanitaires :** Au début de l'étude, la fréquentation dans les cliniques de PF était faible tout comme l'était la demande de la MJF, compte tenu qu'elle était une nouvelle méthode avec laquelle les femmes n'étaient pas familiarisées. Mwanganza a entrepris une campagne médiatique plusieurs mois après le début de l'étude et cela a été suivie d'une augmentation immédiate de la demande. Les activités de promotion devraient débiter dès l'introduction de la méthode dans une nouvelle structure sanitaire afin de susciter une demande au sein des communautés environnantes. Les utilisatrices de la MJF ont formulé les recommandations spécifiques suivantes en matière de stratégies de promotion : création de spots publicitaires en plusieurs langues, ou à l'aide de mimes pour les personnes analphabètes ; trouver des hommes pour faire la promotion communautaire et de sensibilisation auprès des autres hommes ; publier plus largement les avantages de la MJF sur la santé. Dans le cadre de ces efforts de promotion, des stratégies différentes d'IEC devraient être utilisées pour cibler les hommes. Cela peut prendre par exemple la forme de prospectus d'information destinés aux hommes que l'on remettra aux clientes pour qu'elles les leur ramènent à la maison ; d'émissions radio ciblées sur les hommes ; et de rassemblements communautaires auxquels prendront part les leaders, de sorte à inciter et à motiver les autres hommes à aider leurs partenaires dans l'apprentissage et l'utilisation de la MJF. Toutes les activités d'IEC pourraient être menées en utilisant une approche à plusieurs méthodes étant donné que le taux global d'utilisation de la PF au Burkina Faso est bas, et que les programmes de PF pourraient profiter d'une manière générale d'une campagne intensifiée d'IEC.
- **Réviser les approches de formation des prestataires :** la formation devrait être adaptée au niveau de formation avant le début du service ou de qualification du prestataire. Au Burkina Faso, les accoucheurs auxiliaires ont besoin d'une période de formation plus longue ; de même, le contenu et la durée des modules de formation devraient être révisés en conséquence.
- **Utiliser des critères d'éligibilité révisés et d'autres supports professionnels :** Beaucoup de femmes qui étaient intéressées à utiliser la MJF, au niveau des trois cliniques qui ont servi comme sites de l'étude, se sont vues refuser la méthode parce qu'elles ne satisfaisaient pas aux critères stricts d'éligibilité. Ces critères prévoient le refus de la méthode à des femmes qui ignorent la durée de leur cycle menstruel. Cette exclusion représente une barrière inutile à l'utilisation de la méthode et pourrait décourager les femmes au point de les amener à ne plus utiliser de méthode du tout. Sur la base des résultats d'études sur la MJF provenant d'autres pays en développement, l'IRH a développé des supports professionnels révisés à l'intention des prestataires et des superviseurs, y compris des critères d'éligibilité que les prestataires devront utiliser dans le cadre de la prestation de service de routine. Ces critères d'éligibilité incluent une série de questions simples qui permettent d'évaluer la durée et la régularité du cycle et un « Outil d'Amélioration des Connaissances » destiné à aider les superviseurs à structurer leurs visites de supervision. Ces supports professionnels ont été mis à la disposition des partenaires du Burkina Faso lors de la réunion de restitution des résultats de cette étude.

- **Réexaminer les stratégies de suivi :** de toute évidence, il paraît très difficile d'effectuer des visites à domicile pour assurer le suivi des clientes de la MJF une fois que la méthode est largement disponible. Si tel est le cas, la séance initiale de counseling que les clientes de la MJF reçoivent à la structure sanitaire doit être d'une très haute qualité afin de s'assurer que celles-ci ont bien compris comment utiliser la méthode. En plus, les prestataires devront encourager vivement les femmes à se rendre à nouveau au centre de santé pour la séance de suivi. Il y'a également lieu de procéder à un travail d'exploration en vue d'identifier de nouvelles stratégies de suivi (approches communautaires).
  
- **Mettre en place une procédure d'approvisionnement en Colliers du Cycle :** la mise en place d'un processus durable d'approvisionnement en Colliers du Cycle demeure toujours une préoccupation si l'on veut éviter les ruptures de stocks. Les autorités du Ministère de la Santé feraient œuvre salutaire si elles allouaient des ressources pour la MJF dans leurs programmes de financement des contraceptifs et si elles collaboraient avec d'autres pays comme le Bénin, qui a déjà introduit la MJF afin d'identifier un mécanisme d'approvisionnement en cours. Actuellement, l'IRH est en train de travailler avec l'USAID /Washington, sur orientation des Missions et des programmes, à identifier des stratégies d'approvisionnement des Colliers du Cycles au prix unitaire le plus bas.

# L'ACCEPTABILITE ET LA FAISABILITE D'INTRODUIRE LA METHODE DES JOURS FIXES™ (MJF) DE PLANIFICATION FAMILIALE DANS LES CLINIQUES DE SANTE DE LA REPRODUCTION AU BURKINA FASO

## INTRODUCTION

Le Projet Formation en Santé de la Reproduction de JHPIEGO, en collaboration avec l'Institut de la Santé Reproductive (IRH) de Georgetown University, et avec le soutien du Laboratoire d'Etudes Appliquées aux Dynamiques de Développement (LEADD), une organisation non – gouvernementale (ONG) basée au Bénin, a réalisé une étude de recherche opérationnelle de 18 mois dans le but d'évaluer l'acceptabilité et la faisabilité d'introduire une nouvelle méthode de planification familiale, à savoir la Méthode des Jours Fixes (MJF), dans un échantillon choisi de structures de planification familiale (PF) et de santé de la reproduction au Burkina Faso, en Afrique de l'Ouest. L'étude, qui a été financée par l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International (USAID), s'est étalée de mai 2003 à octobre 2004 dans le respect des politiques et des lignes directrices nationales du Burkina Faso en matière de PF. L'étude a été initiée avec le soutien du Programme Santé de la Famille et Prévention du Sida (SFPS), un vaste programme de formation et de services de soins de santé dont la participation à l'étude, aux côtés du JHPIEGO, a pris fin en septembre 2003.

## Fondement de l'étude

Le besoin de services appropriés et de très haute qualité de planification familiale (PF) en Afrique subsaharienne est forte et ne cesse de croître. Les besoins non – satisfaits en PF ont augmenté dans la région au cours des dernières décennies, et ce, malgré la baisse des besoins non –satisfaits et l'augmentation de l'utilisation de la contraception dans d'autres régions du monde en développement (Population Institute 2000). Les efforts tendant à remédier à cette situation doivent passer par l'élargissement des choix mis à la disposition des femmes et des couples africains. L'amélioration de l'accès à des méthodes de PF non encore largement offertes ou l'introduction de nouvelles méthodes de PF mieux acceptables culturellement représentent des stratégies viables pour l'élargissement des choix contraceptifs en Afrique (Mane 2000).

Des données sur le Burkina Faso indiquent que la planification familiale naturelle peut être une méthode attractive et acceptable du point de vue culturel pour les populations de ce pays. Des recherches indiquent que bien que la connaissance de méthodes modernes de PF soit élevée et que ces méthodes soient facilement accessibles, beaucoup de femmes burkinabés préfèrent utiliser des méthodes naturelles/traditionnelles. Au Burkina Faso, les méthodes traditionnelles englobent l'abstinence périodique, la méthode de l'allaitement maternel (MAMA) et de l'aménorrhée, la méthode du coït interrompu et l'abstinence (Institut National de la Statistique de la Démographie [INSD] 2004).

Environ 14% des femmes en âge de procréer (15 – 49) au Burkina Faso affirment utiliser une quelconque méthode de PF, avec 9,7% d'entre elles qui utilisent une méthode moderne et

4,2% qui utilisent une méthode traditionnelle (INSD 2004). L'utilisation des méthodes modernes est particulièrement faible étant donné que 89% de femmes affirment connaître au moins une méthode moderne. L'utilisation des méthodes traditionnelles, en revanche, représente une proportion relativement large du taux de prévalence contraceptive dans le pays, et chez les femmes et hommes mariés, la proportion est même plus élevée. Parmi les 13,8% de femmes mariées qui utilisent actuellement une méthode de PF, 5,1% utilisent une méthode « traditionnelle » (INSD 2004). Et parmi les 37,2% d'hommes mariés qui utilisent actuellement une méthode de PF, 15,4% utilisent une méthode « traditionnelle ». En plus de cela, 49,3% des femmes de la tranche d'âge de 15 à 49 ans et 52,3% des hommes de la tranche d'âge de 15 à 59 ans disent connaître au moins une méthode traditionnelle, avec 42% de femmes et 46% d'hommes qui connaissent la méthode traditionnelle de l'abstinence périodique.

Malgré l'existence d'une forte demande potentielle de méthodes naturelles de PF au Burkina Faso, l'accès à de telles méthodes reste encore souvent limité. Bien que la plupart des institutions publiques affirment offrir des méthodes naturelles, force est de constater sur le terrain que ces méthodes sont rarement incluses dans les services de PF actuellement disponibles. Ceci est peut être dû à plusieurs facteurs, tels que le manque d'information et l'insuffisance de prestataires de soin de santé formés, aux idées erronées sur les méthodes naturelles et le manque de volonté politique et de ressources financières. Au regard du pourcentage de besoins non – satisfaits de PF au Burkina Faso (estimé à 28,8% et dont 21,8% porte sur l'espacement des naissances), et de la demande potentielle de PF (42,6% dont 31,7% pour l'espacement des naissances), l'incorporation d'une méthode simple de planification familiale telle que la MJF dans les services de PF existants pourrait contribuer à améliorer la santé de la reproduction et de la famille pour les femmes et les couples du Burkina Faso (INSD 2004). En plus, une bonne formation à une méthode de PF peu coûteuse comme la MJF améliorera les connaissances des prestataires sur la santé de la reproduction et élargira les options qu'ils peuvent offrir aux clientes.

## **Contexte de l'étude**

Le Burkina Faso est un pays en développement dans lequel 45,3% de la population vit en dessous du seuil absolu de pauvreté, estimé en 1998 à 72 690 CFA (\$ 130 US dollars) par adulte, par an. L'indice du Développement Humain Durable, estimé à 0,303 en 2000, était plus bas que la moyenne dans les autres pays d'Afrique au sud du Sahara (PNUD 2000).

Le Burkina Faso est un pays enclavé qui se trouve au sud du Sahara. Il couvre une superficie de 274 200 km<sup>2</sup> et est entouré par six pays : le Mali, le Niger, le Bénin, le Togo, le Ghana et la Côte d'Ivoire. Son climat tropical, de type soudanien, alterne entre une saison sèche qui dure d'octobre à avril, et une saison pluvieuse qui dure de mai à septembre.

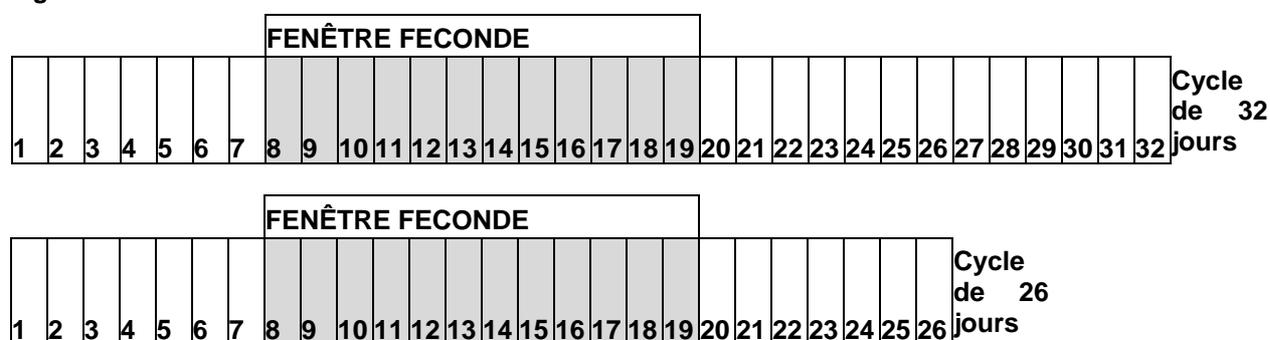
Le Burkina Faso a une population de 10 312 609 habitants (INSD 1996). La population augmente à un taux de 2,4% par an, et on estime que d'ici à l'an 2010, le pays comptera 14 718 647 habitants (INSD 1996). Le taux brut de naissance est estimé à 46,1 pour 1 000 habitants, tandis que le taux global de mortalité est de 15,2 pour 1 000. Le taux de mortalité infantile est de 81 pour 1 000 naissances, et le taux de fertilité totale est de 6,2 (INSD 2004). L'espérance de vie à la naissance était de 53,8 ans en 1996 (INSD 1996). Environ 90% de la population vit dans les zones rurales. Les femmes constituent près de 52% de la population. La population est essentiellement jeune, avec 50,4% compris dans la tranche d'âge de 0 à 14 ans (INSD 1996).

Le taux brut de scolarisation (TBS) était de 43,60% pour l'année académique 2001 – 2002 (33,4% de filles et 47,1% de garçons). Le taux national d'alphabétisation des adultes demeure bas : 28% en 2001, avec des disparités criardes entre hommes et femmes et entre zones rurales et zones urbaines.

### Méthode des Jours Fixes

Développée par l'IRH, la MJF est basée sur le principe de la « fenêtre féconde » pendant le cycle menstruel d'une femme, et implique l'utilisation d'un ensemble de perles multicolores (Collier du Cycle<sup>®</sup>) que les couples peuvent utiliser afin d'éviter d'avoir des rapports sexuels pendant ladite période<sup>1</sup>. Si un couple souhaite éviter une grossesse, la femme et son partenaire devraient éviter d'avoir des rapports sexuels non – protégés du 8<sup>ème</sup> au 19<sup>ème</sup> jour de chaque cycle menstruel (confère **figure 1** ci-dessous).

Figure 1. La fenêtre féconde

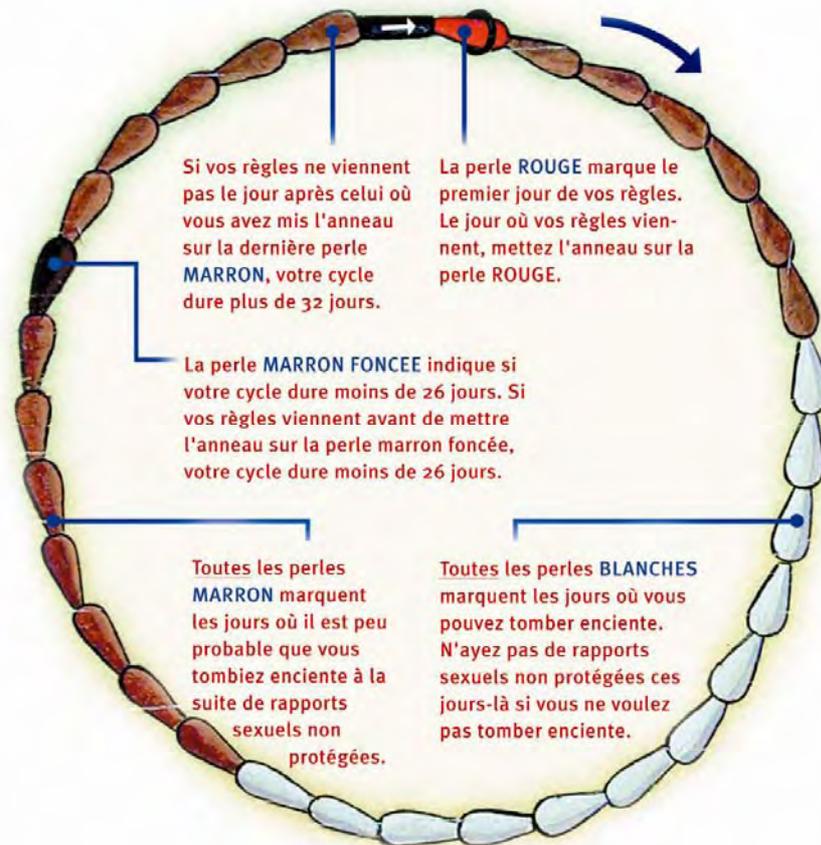


Pour utiliser le Collier du Cycle (voir **Figure 2**), la femme déplace un anneau en caoutchouc pour le mettre sur une perle chaque jour afin de suivre visuellement à quel niveau de son cycle elle se trouve. Les perles sont multicolores et chaque couleur tient lieu de code en ce sens qu'elle indique à la femme si elle se trouve à un jour fécond ou plutôt infécond. Le premier jour du cycle, c'est –à- dire le premier jour de l'écoulement menstruel, est représenté par la perle rouge, qui est suivie de 6 perles marron (indiquant ainsi que les 7 premiers jours du cycle sont des jours inféconds). Les jours 8 à 19 du cycle, représentés par les perles blanches phosphorescentes, constituent la fenêtre féconde. On conseille aux femmes d'éviter d'avoir des rapports sexuels non – protégés lorsque l'anneau se trouve sur les perles blanches. Les jours compris entre le 20<sup>ème</sup> et le 32<sup>ème</sup> jour du cycle sont représentés par des perles marron, et constituent des jours où il est peu probable pour une femme de tomber enceinte. Pour aider une femme à suivre son cycle, la perle représentant le 27<sup>ème</sup> jour est d'une couleur marron foncée. On conseille à cette femme que, au cas où ses règles reviennent avant qu'elle n'ait placé l'anneau noir sur la perle marron foncée, c'est qu'elle a un cycle court, et on lui recommande de retourner voir son prestataire de santé. Le même conseil est donné à la femme si elle dépasse le 32<sup>ème</sup> jour de son cycle et n'a encore pas commencé à avoir ses règles. La MJF peut être utilisée par beaucoup de femmes à condition que leurs cycles menstruels durent habituellement entre 26 et 32 jours. Les résultats d'une étude d'efficacité confirment que les femmes peuvent utiliser le Collier du Cycle correctement, et que beaucoup de femmes trouvaient que le Collier du Cycle, avec chacune de ses perles représentant un jour du cycle, est un outil qui aide à suivre et à s'informer sur le cycle. (Arévalo, Jennings, et Sinai 2002).

<sup>1</sup> La Méthode des Jours Fixes<sup>®</sup> et le Collier du Cycle<sup>®</sup> sont des marques de l'Institut de la Santé Reproductive de Georgetown University. Le Collier du Cycle est une invention licenciée par les E.U.

La MJF peut être enseignée par un prestataire formé ou par un agent communautaire de santé aux femmes, aux hommes ou aux couples pendant des séances individuelles ou en groupes.

Figure 2. Le Collier du Cycle



Bien que la MJF ne protège pas contre le VIH/SIDA, le counseling de la méthode peut offrir une opportunité de fournir des informations sur le VIH/SIDA et l'importance d'une double protection.

## MODELE ET METHODOLOGIE DE RECHERCHE

### Questionnements et Objectifs de la Recherche

L'étude a été conçue de sorte qu'elle réponde à deux questions majeures de recherche :

1. La MJF est-elle une méthode de PF acceptable au Burkina Faso de l'avis des couples qui l'utilisent et des prestataires de PF qui l'offrent?
2. Est-il faisable d'introduire la MJF dans les centres de prestation de services de PF existant au Burkina Faso?

Les objectifs de la recherche étaient :

- Documenter le processus d'introduction de la MJF dans les sites de PF
- Décrire les profils socio- démographiques du prestataire et de l'utilisatrice de la MJF
- Documenter la continuation de l'utilisation de la MJF par l'utilisatrice à 1 et 6 mois après l'enrôlement
- Evaluer les connaissances de l'utilisatrice de la MJF et sa satisfaction vis-à-vis de la méthode
- Investiguer dans le but de déterminer si l'utilisation de la MJF avait affecté la dynamique du couple de l'utilisatrice
- Evaluer la connaissance et les visions du prestataire sur la MJF
- Faire des recommandations sur la pertinence ou non d'élargir l'accès à la MJF au Burkina Faso, et en cas d'affirmative, suggérer des stratégies allant dans le sens d'un tel passage à l'expansion.

### **Modèle de l'étude**

Ceci a été une étude prospective de recherche opérationnelle d'une durée de 18 mois qui a utilisé des méthodes qualitatives et quantitatives de recherche.

### **Echantillon**

Trois sites de prestation de services de santé de la reproduction au Burkina Faso ont été sélectionnés pour prendre part à l'étude sur la base des critères suivants :

- Le nombre des dossiers de clientes de PF est suffisamment élevé
- Les lieux d'emplacement de la clinique sont facilement accessibles
- Les sites prennent part au programme Santé Familiale et Prévention du SIDA (SFPS) de l'USAID

Deux de ces sites étaient situés dans des zones urbaines : Santé Maternelle et Infantile (SMI) Centrale et l'Association Burkinabé pour le Bien -Etre Familial (ABBEF). Le troisième site, le Centre de santé de Kombissiri est situé dans une zone rurale (voir **tableau 1**). Cette double représentation, contexte urbain et contexte rural, a permis de prendre en compte, pendant la documentation, les caractéristiques socioculturelles de ces différentes localités. En ce qui concerne les activités de PF, des différences existent entre les zones rurale et urbaine en termes de ressources humaines. Les zones urbaines sont en général mieux dotées en personnel.

Un autre critère utilisé dans le choix des sites était basé sur la particularité de leur statut— publique ou privé. Pendant que l'ABBEF est une structure privée à but non – lucratif, les deux autres sites sont des structures publiques gérées par l'Etat. En général, les structures privées ont des modèles d'organisation et de motivation de personnel plus larges que les structures publiques. En ce qui concerne leur statut, cependant, il convient de relever que tous les sites sélectionnés ont été déclarés Cercle d'Or par le Programme Santé Familial et Prévention du SIDA (SFPS) pour la qualité de leurs services de PF.

### **Tableau 1. Méthodes de planification familiale offertes au niveau de chaque site, exception faite de la MJF**

Type de Méthode	Kombissiri	ABBEF	SMI Centrale
Contraceptifs oraux (pilules)	+	+	+
Injectables	+	+	+
Implants® Norplant	+	+	+
Préservatifs	+	+	+
Spermicides	+	+	+
DIU	+	+	+
Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée (MAMA)	+	-	+
Contraception chirurgicale volontaire	-	+	-

Le **tableau 2** montre les différents groupes de personnes ayant participé à l'étude par site de prestation de service.

**Tableau 2. Echantillon de l'étude sur la MJF par groupes de personnes interrogées et par structure**

Groupes de personnes interrogées	ABBEF	Kombissiri	SMI Centrale	Total
Utilisatrices de la MJF	37	15	27	79
Partenaires des utilisatrices de la MJF	9	1	7	17
Utilisatrices d'autres méthodes de PF	10	10	10	30
Prestataires de soins de santé	3	5	6	14

Sources : Rapports d'activités des sites, entretien de recrutement, entretien avec les clientes de PF renonçant à la MJF, entretien avec les prestataires, entretien avec les partenaires

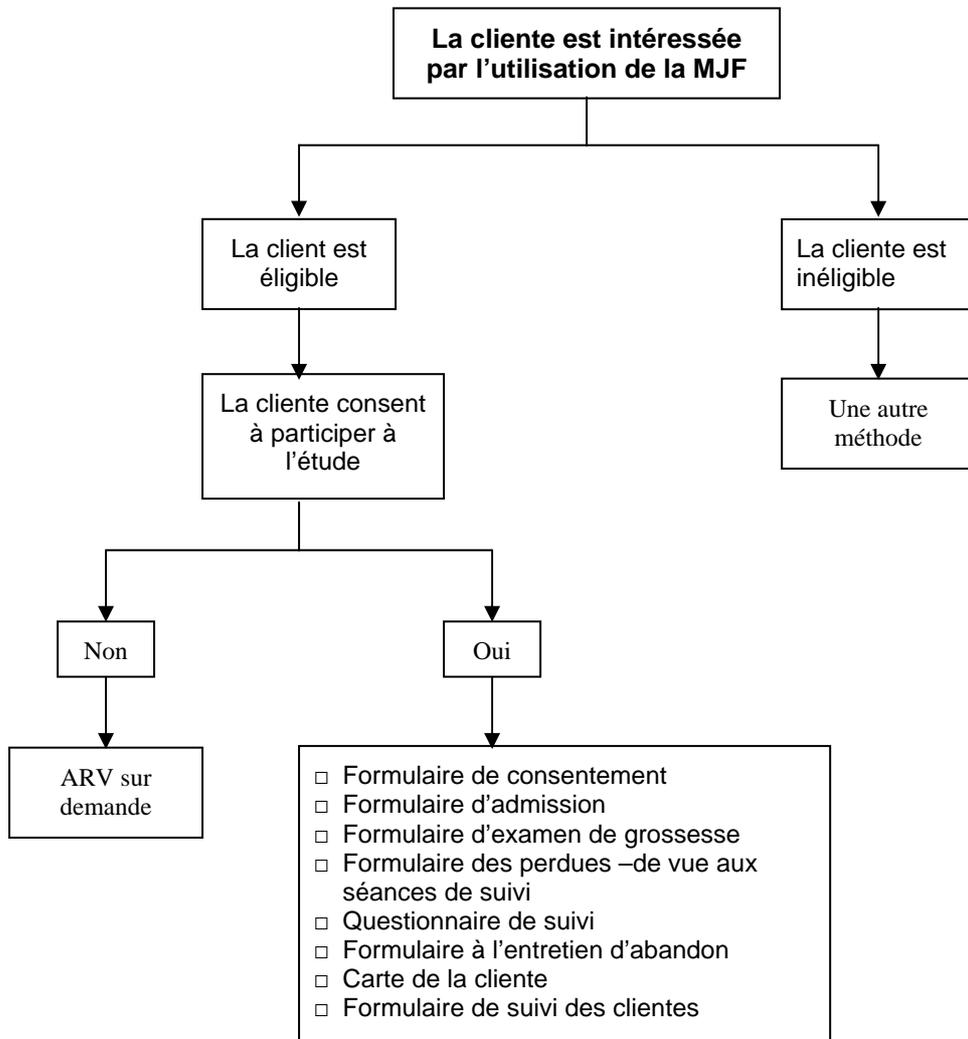
### Enrôlement des clientes

L'enrôlement des clientes a été faite par les prestataires de service au niveau des trois sites. Les prestataires étaient composés d'infirmières, de sage -femmes, de sage – femmes auxiliaires et d'agents sociaux qui travaillaient déjà dans ces sites et qui étaient déjà engagés dans des activités de PF. Un nombre total de 14 prestataires ont pris part au processus d'enrôlement.

Il a été demandé aux femmes et à leurs partenaires de fournir la preuve qu'ils consentaient en toute liberté et en toute connaissance de cause à prendre part à l'étude. Il leur a donc été demandé de remplir un formulaire de consentement, dont le contenu a été expliqué aux clientes et traduit au besoin, du français dans les langues locales.

La **Figure 3** ci-dessous décrit l'arbre utilisé pour se prononcer sur l'enrôlement des femmes qui souhaitent utiliser la MJF.

**Figure 3. Arbre de décision à propos de l'enrôlement des femmes**



### Collecte des données

Les données quantitatives et qualitatives ont été collectées pour l'étude pilote, et incluent : 1) des informations en provenance du formulaire d'information sur les clientes et des registres des clientes ; 2) une évaluation de la compétence et de l'expérience du prestataire vis –à - vis de la méthode ; 3) les statistiques sur le service/les clientes, le taux d'abandon et d'échec (nombre de femmes qui sont tombées enceintes pendant l'utilisation de la méthode) ; 4) l'évaluation du degré de satisfaction des clientes vis – à – vis de la méthode et des services reçus en rapport avec la méthode ; et 5) les raisons pour lesquelles certains des femmes ont décidé de ne pas choisir la MJF.

Les données sur l'enrôlement des clientes à la MJF ont été entrées dans le système de gestion des informations de chacune des cliniques ayant pris part à l'étude. Hors mis la carte de la cliente qui portait spécifiquement sur la méthode, les informations sur la MJF étaient elles, conservées dans le registre général de la PF en même temps que les informations sur les

autres méthodes, conformément aux procédures fixées par le Ministère de la santé. Les statistiques des services ont été analysées afin de déterminer le nombre de nouvelles clientes de la MJF ainsi que celles qui continuaient à l'utiliser au niveau de chaque clinique pendant toute la durée de l'étude. Le coordonnateur de l'étude a procédé à la collecte de ces statistiques des services pendant les visites de supervision dans chaque site.

Voici ci-dessous cités (voir **Tableau 3**), les instruments de collecte des données spécialement élaborés et traduits en français pour l'utilisation dans le cadre de cette étude et les nombres correspondants des personnes interrogées relativement à chaque instrument.

**Tableau 3. Instruments de Collecte des données et personnes interrogées**

Instruments de Collecte des données	Personnes interrogées		Informations Collectées
	Type	Nombre	
Entretien de recrutement	Les femmes qui ont accepté d'utiliser la MJF et qui ont consenti à participer à l'étude	n=71	Comment ont-elles eu connaissance de l'existence de la méthode ? L'utilisation antérieure de la PF ; les cycles menstruel ; les informations socio –démographiques à propos de soi et de son partenaire ; motivation du choix de la MJF ; plan de gestion des jours féconds ; coût de la méthode
Visite de suivi	Les utilisatrices de la MJF après un cycle	n=61	Rapport d'utilisation de la méthode ; statut de grossesse ; connaissance sur la manière d'utiliser de la méthode ; l'aisance dans l'utilisation ; degré de satisfaction ; coopération et participation du partenaire
	Les utilisatrices de la MJF après 6 cycles	n=38	
Entretien pour raison de grossesse	Les utilisatrices de la MJF qui sont tombées enceinte	n=2	Date de la grossesse; utilisation de la MJF ; gestion des jours féconds
Questionnaire pour les perdues – de – vues	Ce sont les animateurs des entretiens qui ont rempli eux – mêmes ces questionnaires pour les utilisatrices de la MJF avec lesquelles l'étude avait perdu le contact	n=19	Numéro d'identification de l'utilisatrice de la MJF; date de naissance; nombre de mois d'enrôlement dans l'étude ; la raison de la perte de vue aux séances de suivi (si connue) ; date à laquelle elles ont été considérées comme perdues de vue aux séances de suivi
Entretien d'abandon	Les utilisatrices de la MJF qui avaient arrêté l'utilisation de la méthode	n=20	Derniers cycles menstruels; raisons qui ont conduit à l'abandon de la MJF; utilisation actuelle de PF ; connaissances de la manière d'utiliser la MJF ; rapport d'utilisation de la MJF ; participation et coopération du partenaire ; l'aisance dans l'utilisation de la MJF
Entretien avec les prestataires de la MJF	6 mois après le début de l'étude	n=12	Informations socio – démographiques et professionnelles; avis de la MJF; critères d'éligibilité ; connaissance de la MJF ; aisance à intégrer la MJF dans les services de PF existants ; supports de travail
	18 mois après le début de l'étude	n=14	
Entretien avec des clientes d'autres méthodes de PF	Nouvelles clientes de PF qui n'ont pas choisi la MJF	n=30	Utilisation actuelle de PF; rappel sur la MJF; discussions avec le partenaire sur la PF et opinions sur la MJF ; comparaison entre la MJF et d'autres méthodes de PF ; décision sur la PF
Entretien sur les questions de genre	Utilisatrices de la MJF (actuelles et anciennes)	n=31	Le degré de regard des partenaires hommes sur les activités quotidiennes des femmes et sur leur manière de s'habiller ; la prises de décisions concernant le ménage et la sexualité ; investigation en vue de déterminer si oui ou non l'utilisation de la MJF a un impact sur les relations au sein du couple
	Partenaires hommes	n=14	
Guide de discussions en groupe dirigées avec les femmes qui continuaient l'utilisation de la MJF	Utilisatrices de la MJF	n=14	Opinions, contraintes et difficultés d'utilisation de la MJF ; communication avec le partenaire à propos des jours féconds et gestion de ceux-ci ; exposition aux messages sur la MJF ; degré de satisfaction
	Partenaires hommes	n=0	
Guide de discussions en groupe dirigées avec les femmes qui avaient arrêté l'utilisation de la MJF	Utilisatrices de la MJF qui ont abandonné	n=3	Opinions, contraintes et difficultés d'utilisation de la MJF ; communication avec le partenaire à propos des jours féconds et gestion de ceux-ci ; exposition aux messages sur la MJF ; degré de satisfaction
	Partenaires hommes	n=3	

Ces instruments avaient été testés à l'avance et révisés au besoin.

Au nombre des participants qui avaient exprimé un consentement verbal, il y'avait : les utilisatrices de la MJF (n = 79), des utilisateurs d'autres méthodes de PF (n = 30), et les participants aux discussions en groupes dirigées (n = 17 utilisatrices de la MJF et 3 maris/partenaires).

D'autres sources de données ont été exploitées ; ce sont :

- Le registre au niveau de chaque service de prestation de service
- La carte de la cliente de PF
- La fiche de suivi des clientes

Les discussions en groupes dirigées organisées avec les utilisatrices de la MJF et leurs partenaires ont été au nombre de trois avec les femmes qui continuaient à utiliser la méthode (une de ces séances à enregistrer une participation de huit personnes et les deux autres n'ont enregistré chacune que trois participantes) ; une séance de discussions en groupe dirigées avec les femmes qui avaient abandonné l'utilisation de la MJF (3 participantes) ; et une séance de discussions en groupe dirigées avec les partenaires hommes de femmes qui avaient arrêté d'utiliser la MJF (trois participants).

Le programme de collecte des données ci-dessous décrit a été respecté pendant toute la durée de l'étude :

- Le premier entretien avec les utilisatrices de la MJF, 1 mois après l'enrôlement
- Le deuxième entretien avec les utilisatrices de la MJF, 6 mois après l'enrôlement
- Les visites mensuelles de supervision effectuées par les membres de l'équipe de supervision
- Les réunions mensuelles dans chaque site de prestation de services de PF afin de suivre les clientes enrôlées dans l'étude
- Entretiens avec les prestataires au 6<sup>ème</sup> et au 18<sup>ème</sup> mois

Dans chaque site, un prestataire de santé a été responsabilisé pour assurer le suivi des utilisatrices de la MJF enrôlées dans l'étude. Au départ, des rendez-vous avaient été fixés pour le retour des clientes à la clinique pour les visites de suivi, mais cette approche s'est révélée être problématique au regard du très petit nombre de femmes qui sont effectivement revenues. On croit que les raisons d'une telle situation proviennent du fait que la méthode est relativement facile à comprendre et que les clientes ne ressentaient pas le besoin de retourner au site pour les visites prévues ; de même, les occupations des clientes ont pu les empêcher de retourner à la clinique pour la visite de suivi. Pour s'attaquer à ce problème, les prestataires de santé ont commencé en janvier 2004 à exécuter une stratégie active de visites à domicile qui observe le principe de confidentialité. Cependant, dans certains cas, les prestataires avaient enregistré des informations incomplètes sur les contacts des clientes, ce qui a rendu difficile leur tentative de localisation de certaines femmes.

Pendant qu'ils assuraient le suivi des femmes enrôlées dans l'étude, les prestataires au niveau de chaque site utilisaient une fiche de suivi qui comportait les informations sur chaque femme enrôlée et le nombre de visites de suivi auxquelles elle a pris part. Ce système a permis à l'équipe de l'étude de négocier la visite de suivi soit au site ou au domicile de la femme.

Ainsi, la plupart des séances de suivi du 1<sup>er</sup> et du 6<sup>ème</sup> mois avec les utilisatrices de la MJF ont été en définitive des visites à domicile.

Les prestataires ont périodiquement reçu la visite des superviseurs pendant toute la période de l'étude. Au nombre des activités de supervision, des superviseurs ont observé des prestataires pendant les séances de fourniture de counseling général et de counseling spécifique de la MJF ; ceux-ci ont rempli des questionnaires sur la connaissance de la MJF qui incluaient les critères d'éligibilité et l'utilisation de la méthode. Des superviseurs ont aussi observé des prestataires pendant l'animation de la séance de suivi avec les utilisatrices de la MJF, et les réponses ont été examinées afin de déterminer le nombre d'activités de proximité menées et le nombre des clientes de PF, y compris les nouvelles utilisatrices de la MJF et le nombre des personnes participant à l'étude. A la fin de la visite de supervision, on faisait aux prestataires un compte rendu de leur performance mais également des suggestions pour les aider à s'améliorer.

La structure responsable de la coordination de l'étude et les superviseurs organisaient les réunions mensuelles dans les sites.

Une évaluation à mi – parcours et une évaluation finale avaient été réalisées en se servant des instruments de collecte de données et des sources ci-dessus décrites.

### **Insuffisances de l'étude**

De façon globale, le taux d' enrôlement à l'étude n'était pas aussi élevé que ce qui avait été prédit dans le protocole de l'étude. Le protocole prévoyait, sur la base d'études similaires précédentes, que 7% des clientes de PF au niveau des trois sites sélectionnés choisiraient la MJF, ce qui équivaldrait à un échantillon d'environ 256 clientes. Mais dans la pratique, seulement 3% des nouvelles utilisatrices de la PF ont pris part à l'étude. Le fait que l'échantillon était plus réduit que ce à quoi on s'attendait signifiait qu'il était impossible de décomposer les résultats de l'étude par structure sanitaire et par caractéristiques socio – économiques des utilisatrices de la MJF.

En plus, l' enrôlement ne s'était pas fait aussi rapidement que ce que l'on avait prévu et avait été particulièrement mou au début de l'étude, dû majoritairement à l'insuffisance de la mobilisation communautaires et des activités de promotion (qui ont été entreprises plus tard). La faible vitesse d' enrôlement avait rendu impossible la possibilité d'envisager les trois visites de suivi comme initialement prévues et dont la dernière devait être effectuée 1 an après l' enrôlement dans l'étude. En définitive, seules deux visites de suivi avaient pu être réalisées avec les utilisatrices de la MJF pendant la période de l'étude, à raison d'une première visite 1 mois après l' enrôlement et de la seconde, 6 mois après l' enrôlement dans l'étude.

Il y avait une grande proportion d'informations manquantes au niveau de deux instruments de l'étude : l'entretien de recrutement (10% des informations étaient absentes) et l'entretien de l'abandon de la méthode (35 % des informations étaient indisponibles). Sur les 79 femmes utilisatrices de la MJF enrôlées dans l'étude, huit n'avaient pas subi d'entretien de recrutement (trois en provenance de l'ABBEF, une de la SMI Centrale et quatre de la SMI de Kombissiri). Les huit femmes avaient été enrôlées dans l'étude à son début avant que les prestataires n'aient bien compris la procédure d' enrôlement. Ceux-ci avaient en fait rempli un formulaire uniquement sur la base d'un consentement verbal et avaient enregistré les noms des femmes dans les registres de PF de leurs structures respectives. En plus, 7 sur les 20

femmes qui avaient abandonné l'utilisation de la MJF n'avaient pas pris part à l'entretien de l'abandon. Dans quatre des cas, cela était dû à l'imprévoyance des prestataires qui avaient animé les visites de suivi et qui ont reconnu qu'ils n'avaient pas en son temps, une copie de l'entretien de l'abandon disponible sur eux. Dans deux des cas, on ignore les raisons pour lesquelles l'entretien n'a pas eu lieu. Dans le dernier cas, la femme avait été par erreur classée comme une femme enceinte et accordée l'entretien de grossesse.

L'équipe de l'étude n'avait pas été capable de localiser un nombre suffisant de participants aux discussions en groupes dirigées pour atteindre le nombre que l'on s'était fixé au départ d'organiser. Seulement cinq sur les six discussions en groupes dirigées qui étaient prévues avaient effectivement été organisées ; la discussion en groupe prévue avec les partenaires des femmes qui continuaient à utiliser la MJF n'avait pas eu lieu. En plus, quatre sur les cinq discussions en groupes dirigées qui avaient été réalisés n'avaient que trois participants.

## **ACTIVITES PREPARATOIRES ET DE PROMOTION**

### **Activités de formation et autres activités préparatoires**

Les activités préparatoires de l'étude ont inclus :

- L'étude de base
- La formation des prestataires et du personnel de suivi
- La formation des superviseurs et des formateurs
- L'adaptation des matériels de formation
- La fourniture d'information sur la méthode et sur l'étude aux partenaires y compris le personnel du Ministère de la Santé.

La raison d'être de l'étude de base était de prendre la juste mesure de la situation ambiante avant le début de l'étude dans les trois structures choisies pour abriter les opérations de recherches. L'étude préliminaire avait examiné l'organisation des services de PF et l'ensemble des méthodes tout azimuts qui étaient offerts au niveau des trois sites ainsi que les comportements et les besoins des utilisatrices potentielles de la MJF en matière de services de PF. Des réunions capitales d'information ont été organisées avec le personnel des structures, et des discussions en groupes dirigées organisées avec les utilisatrices potentielles de la MJF. Les résultats de cette étude ont permis de mieux formuler la stratégie de dissémination des informations et de sensibilisation sur les besoins de la population cible. Une description de la manière dont les services de PF étaient organisés dans chaque structure sanitaire est fournie dans une matrice à l'**Annexe** du présent document.

Un nombre total de 12 prestataires, à raison de quatre dans chacun des trois sites, ont pris part à une formation de deux jours sur la MJF utilisant des méthodes interactives et évaluant les apprenants avant et après la formation pour contrôler leurs niveaux de connaissances ainsi que leur aptitudes pratiques. Des orientations étaient également fournies aux prestataires sur les instruments de collecte des données de l'étude. Les jeux de rôles avaient également fait l'objet de simulation dans plusieurs langues locales sur utilisation des guides d'entretiens.

Par ailleurs, sept superviseurs et formateurs avaient été formés à la MJF. Au nombre de ceux-ci, il y'avait deux docteurs, un conseiller en santé chargé de PF à la Direction de la Santé de la Famille (DSF), une sage – femme relevant de chacun des trois sites et une sage – femme

provenant de l'Association pour une Maternité sans Risque (AMASAR), une ONG engagée dans le combat pour la réduction de la mortalité maternelle.

Les systèmes d'enregistrement des informations au niveau des sites ont été adaptés de sorte à ce qu'ils soient favorables aux besoins de l'étude en matière de quête d'informations.

### **Mobilisation communautaire**

A l'origine, l'intérêt pour la MJF était faible aux niveaux des sites de l'étude tout comme l'était l'enrôlement à l'étude, ce qui n'avait rien de surprenant vu que la méthode était nouvelle et qu'aucune activité d'IEC/CCC n'avait été exécutée pour faire la promotion de la méthode. Pour remédier à cette situation, des activités de promotion avaient été réalisées. Mwangaza, une organisation partenaire locale, a entrepris un travail de mobilisation communautaire dans les communautés environnantes des trois sites participant à l'étude pour informer les membres de ces communautés de la disponibilité de la MJF et pour recruter des clientes au titre de l'étude. Des discussions avaient été organisées avec les leaders communautaires, le personnel de santé et la communauté ; les agents communautaires de proximité recrutés ont été formés ; de même, des messages de proximité pertinents avaient été élaborés en direction de la communauté. Les agents communautaires de proximité s'étaient servi d'affiches et d'un guide de proximité (de 12 pages produit pour une utilisation dans le cadre d'activités de communication interpersonnelle et de formation des agents communautaires de proximité) pour transmettre leurs messages.

Une campagne de couverture médiatique avait également été conçue et menée à travers des spots publicitaires à la radio et la télévision en Français et en Moré, pendant un mois. Le spot publicitaire d'une minute à la télévision avait été élaboré et projeté pendant les heures de grande audience. Les messages étaient essentiellement centrés sur les avantages de la MJF et sur les endroits où il était possible de l'obtenir.

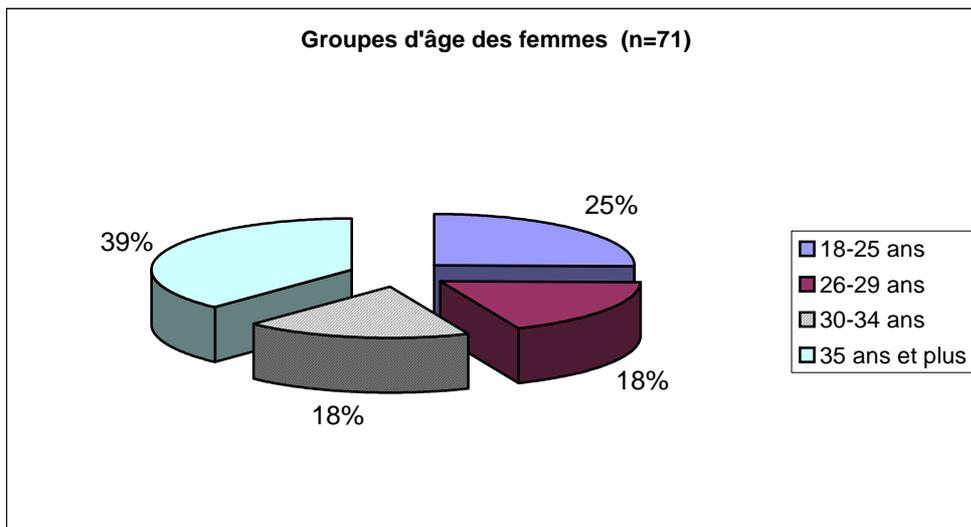
## **RESULTATS**

### **Profile de l'utilisatrice de la MJF**

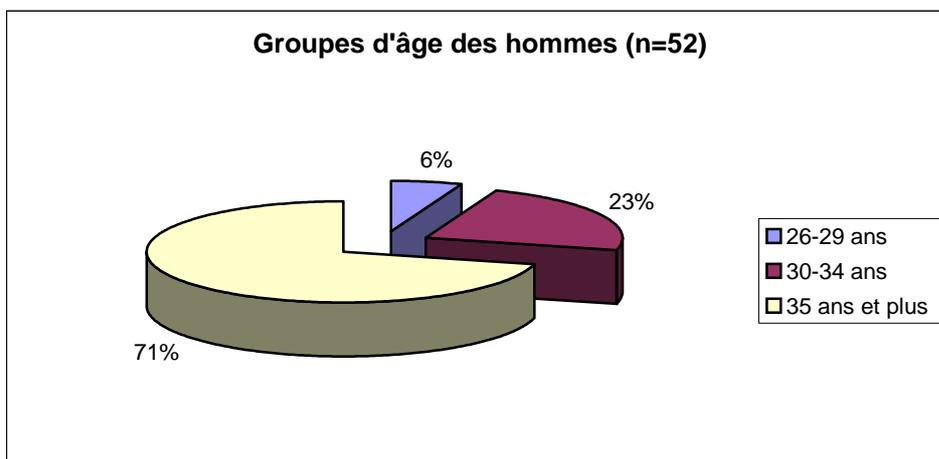
Les informations socio – démographiques sur les femmes qui utilisaient la MJF et leurs maris/partenaires avaient été collectées à l'enrôlement dans le cadre de l'entretien de recrutement.

Les femmes qui utilisaient la MJF avaient un âge moyen de 31,7 (âge médian= 31), avec comme limites 18 et 50 ans. Les **Figures 4 et 5** ci-dessous indiquent que la majorité des femmes sont plus jeunes que leurs partenaires. 25% de l'ensemble des femmes enrôlées dans l'étude ont entre 18 et 25 ans, pendant qu'un autre pourcentage de ces femmes, à savoir 39% ont entre 35 ans et plus. Selon ces femmes, 71% de leurs partenaires ont 35 ans et plus. Le groupe d'âge de 18 à 25 ans n'est pas représenté chez les maris/partenaires.

**Figure 4. Répartition par âge des femmes utilisatrices de la MJF**

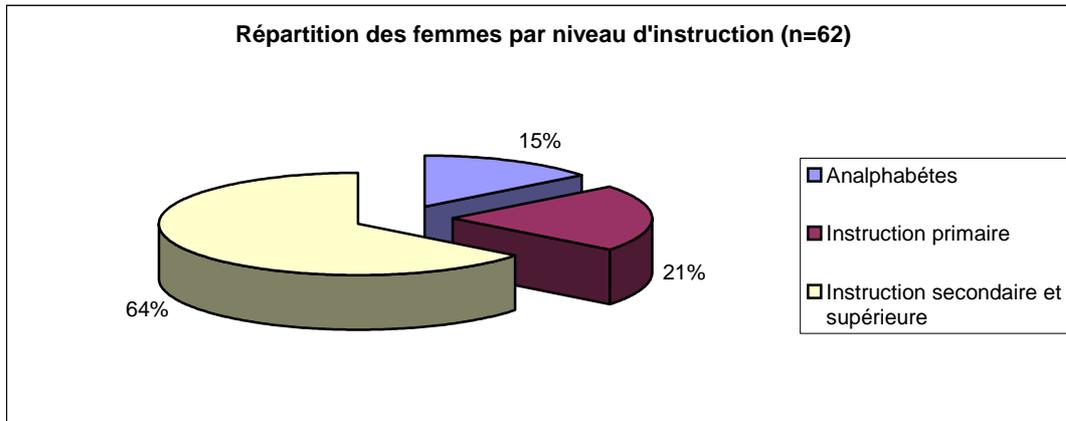


**Figure 5. Répartition par âge des maris/partenaires**



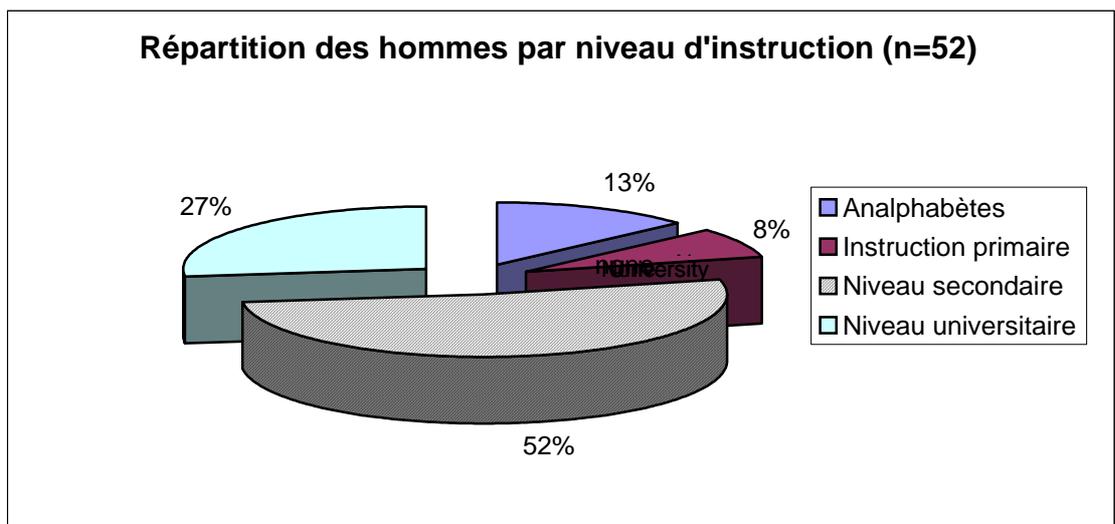
Tout comme les utilisatrices d'autres méthodes de PF au Burkina Faso, les femmes qui choisissaient d'utiliser la MJF étaient mieux instruites que la plupart des femmes en âge de procréer dans la population générale (voir **Figure 6**). Seulement 15% des utilisatrices de la MJF affirmaient n'être jamais allées à l'école, comparé à 80,3% des femmes âgées de 15-49 ans dans la population générale ; 21% des utilisatrices de la MJF affirmaient avoir comme niveau d'instruction le plus élevé, le niveau de l'école primaire, comparé à 11% des femmes âgées de 15-49 ans dans la population générale ; et 64% des utilisatrices de la MJF disaient avoir atteint le niveau d'instruction du cycle secondaire ou plus, comparé à seulement à 8,7% des femmes de 15-49 ans dans la population générale (INSD 2004). Cette répartition reflète d'une manière générale, le profil d'instruction des utilisatrices des méthodes de PF au Burkina Faso. Le taux de prévalence contraceptive est de 52% pour les femmes les plus instruites (niveau secondaire ou supérieur) et seulement 10,6% pour celles qui n'avaient jamais été à l'école (INSD 2004). Pour ce qui est de l'utilisation des méthodes traditionnelles, la différence dans la prévalence contraceptive entre femmes instruites et non - instruites est moins criarde : 8,8% pour les femmes les plus instruites (instruction secondaire ou supérieure) et 4,9% pour les femmes qui n'avaient jamais été à l'école (INSD 2004).

**Figure 6. Niveau d'instruction des femmes utilisatrices de la MJF**



Tout comme les utilisatrices de la MJF, les maris/partenaires qui utilisaient la méthode étaient mieux instruits que les hommes en âge de procréer dans la population générale (voir **Figure 7** ci-dessous). Seulement 13% des maris/partenaires affirment n'avoir jamais été à l'école, comparé à 65,2% des hommes de 15-59 ans dans la population générale ; 8% des maris/partenaires affirmaient avoir un niveau maximum d'instruction limité à l'école primaire, comparé à 18% d'hommes âgés de 15-59 ans dans la population générale ; et 79% des maris/partenaires affirmaient avoir atteint le cycle secondaire ou supérieur, comparé à seulement 16,9 des hommes âgés de 15-59 ans dans la population générale (INSD 2004). Cette répartition reflète le profil d'instruction des hommes qui utilisent les méthodes de PF au Burkina Faso.

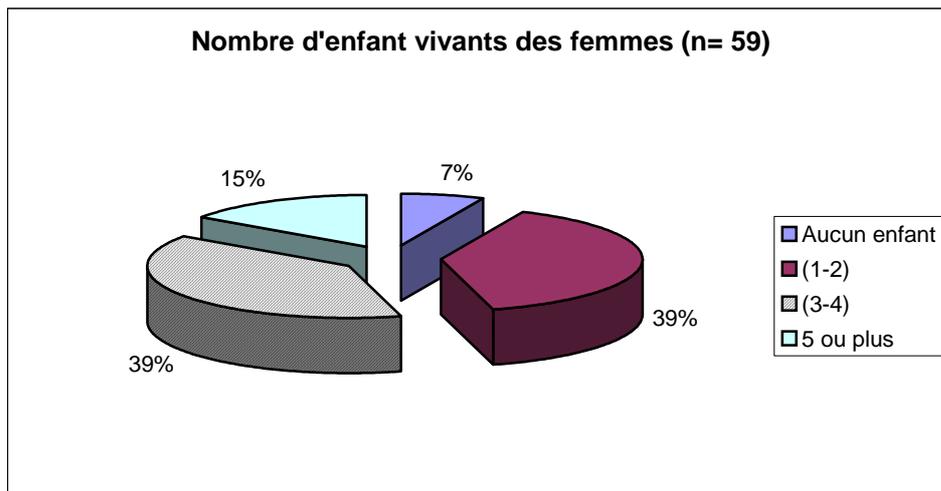
**Figure 7. Niveau d'instruction des maris/partenaires**



Le nombre d'enfants vivants qu'a une femme est un facteur qui peut influencer sa décision d'adopter ou non la PF et le choix de la méthode à utiliser. Les femmes qui utilisaient la MJF

avaient un nombre moyen de 2,8 enfants vivants (nombre médian= 3,0 enfants vivants) avec comme limites 0 et 7 enfants. Les données contenues dans la **Figure 8** montrent que la majorité des personnes interrogées (78%) avaient entre un et quatre enfants. Cependant, il convient de noter qu'il y avait une grande proportion de données manquantes (20 cas, soit 25,3%) : huit femmes n'avaient pas subi l'entretien de recrutement et des informations manquaient pour 12 autres femmes pour des raisons qu'on ignorent.

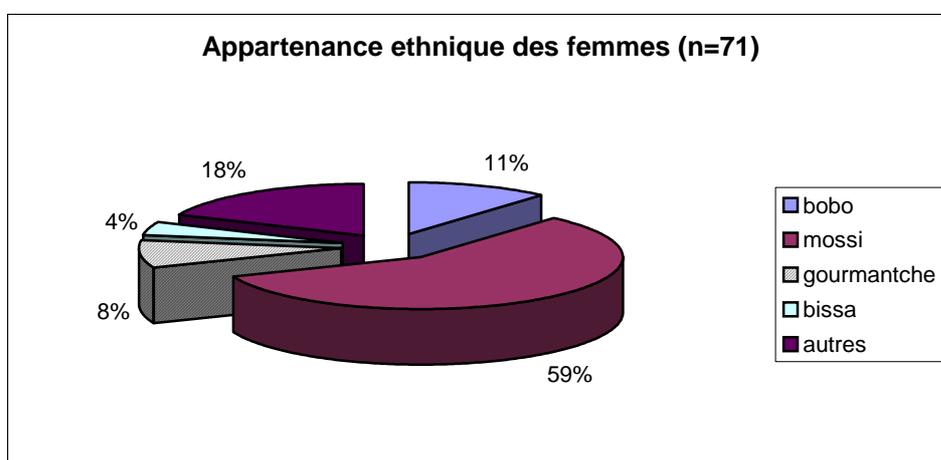
**Figure 8. Nombre d'enfants vivants des femmes utilisant la MJF**



Au Burkina Faso en général, la plupart des femmes qui ont entre un et quatre enfants souhaitent espacer, plutôt que de limiter leurs naissances. Parmi les femmes mariées du Burkina Faso qui utilisent une méthode quelconque de PF, 3,7% d'entre elles n'ont aucun enfant ; 15,3% d'entre elles ont un ou deux enfants ; 15% d'entre elles ont trois ou quatre enfants ; et 14% d'entre elles ont cinq enfants et plus (INSD 2004).

Pour ce qui est de l'appartenance ethnique, la majorité des femmes qui utilisent la MJF sont des Mossi (59%), ce qui correspond à la répartition normale des appartenances ethniques dans les communautés riveraines des trois sites choisis (voir **Figure 9** ci- dessous).

**Figure 9. Répartition par appartenance ethnique des femmes qui utilisaient la MJF**



Les pratiques religieuses des femmes qui utilisaient la MJF (n=71) étaient pour les catholiques (55%) et les musulmans (45%).

### Profil du prestataire et du superviseur de la MJF

Douze prestataires avaient été formés au départ pour offrir la MJF au niveau des trois sites, et trois nouveaux prestataires avaient été formés ultérieurement au cours de l'étude. 14 prestataires étaient actifs au moment où fut tenue la deuxième interview d'évaluation (interview d'évaluation au 18<sup>ème</sup> mois) et étaient âgés de 36 à 58 ans avec un âge médian de 46,5 ans (âge moyen =45,7) ; la plupart d'entre eux sont très expérimentés en pratiques de PF. L'ancienneté de service dans leurs sites de prestation de PF variait de quatre à 20 ans, avec une ancienneté médiane de 10 ans (ancienneté moyenne = 10,9). Leur expérience en matière de pratique de PF variait de huit à 24 ans, avec une expérience médiane en PF de 14,5 ans (expérience moyenne =15,1). Les prestataires de l'ABBEF avaient la plus grande ancienneté dans leur service ; cependant, les prestataires de la SMI Centrale avaient la plus grande expérience en matière de pratique de PF. Compte tenu du grand nombre de clientes de PF à l'ABBEF, deux prestataires supplémentaires avaient été formés pour poursuivre les activités de l'étude. Leur rôle consiste à assurer les visites de suivi des femmes enrôlées dans l'étude. Le **Tableau 4** présente le profil des prestataires lors de l'interview d'évaluation du 18<sup>ème</sup> mois.

**Tableau 4. Profil des prestataires de la MJF lors de la visite de suivi du 18ème mois**

Sites	Statut				Total
	Sage-femmes	Accoucheuses auxiliaires	Educateurs de groupes	Travailleurs sociaux	
ABBEF	1	0	1	1	3
Kombissiri	1	4	0	0	5
SMI Centrale	4	2	0	0	6
Total	6	6	1	1	14

Le tableau ci-dessus qui donne la liste des prestataires de la MJF interrogés 18 mois après le début de l'étude représente la structure traditionnelle du personnel des services de PF au Burkina Faso. Voir l'**Annexe** (à la fin du rapport) pour de plus amples informations sur l'organisation des services de PF dans chacun des trois sites.

Au commencement, 12 prestataires avaient été impliqués dans l'étude, à raison de quatre prestataires par site. Pendant la période de l'étude, on a observé une certaine stabilité chez les prestataires participant à l'étude. Un seul prestataire de l'ABBEF participant à l'étude a été affecté ailleurs pendant le déroulement de l'étude, mais il a été remplacé par un autre prestataire. A la SMI centrale, deux nouveaux prestataires avaient intégré l'étude, ramenant ainsi la taille de l'échantillon final à 14 prestataires de la MJF. L'intérêt vis-à-vis de la

méthode peut contribuer à expliquer l'absence de démissions de l'étude malgré le travail supplémentaire nécessaires pour le recherche.

Sept superviseurs et formateurs avaient également été formés à la MJF. Parmi eux, il y avait deux docteurs, un conseiller en santé chargé de la PF à la Direction de la Santé de la Famille (DSF), une sage-femme issue de chacun des trois sites, et une sage-femme issue de l'Association pour une Maternité sans Risque (AMSAR), une ONG engagée dans le combat pour une réduction de la mortalité maternelle.

### **Expérience tirée par les prestataires et les superviseurs de l'introduction de la MJF**

L'introduction de la MJF dans les trois sites choisis n'avaient pas rencontré de difficultés majeures, selon les prestataires formés (n = 14) et les superviseurs formés comme l'indiquaient les commentaires qu'ils avaient fait sur les formulaires de supervision sur la MJF. La MJF a été incorporée systématiquement par les prestataires dans la gamme des méthodes de PF offertes et a été incluse dans le cadre du counseling général fourni à quiconque se rendait à la structure en quête d'une méthode de PF. Comme pour toutes les autres méthodes de PF, un counseling spécifique était accordé aux femmes qui souhaitaient utiliser la MJF. Les mêmes salles et lieux de services étaient utilisés pour la prestation de la MJF comme cela était le cas pour toutes les autres méthodes de PF. Les infrastructures physiques, le personnel, les équipements et la programmation ne nécessitaient aucune modification.

Les prestataires qui prenaient part à l'étude ont laissé entendre qu'ils n'avaient pas rencontré de problèmes majeurs à adapter leurs pratiques professionnelles aux nouvelles charges dont ils devaient s'acquitter pour appuyer l'étude sur la MJF. Dans certains services, une formation interne avait été fournie, ce qui a contribué à susciter l'intérêt d'autres prestataires à la fourniture de la MJF. La seule difficulté qui avait été signalée par les prestataires concernait la durée de la séance de counseling sur la MJF. Les prestataires avaient unanimement reconnu, cependant, que le temps consacré pour le counseling de la MJF est relativement plus long et nécessitait des ajustements dans l'organisation du travail. Il est ressorti que le travail en équipe permettait de réduire le temps d'attente des femmes qui souhaitent utiliser la MJF ou une autre méthode.

Quatre prestataires (28%) avaient affirmé avoir rencontré d'autres difficultés dans la prestation de la méthode. Ces difficultés concernaient :

- Le temps relativement long requis pour la séance de counseling
- L'ignorance des femmes à propos de leurs cycles
- Le non-respect des femmes des rendez-vous de suivi
- La non-participation des hommes aux séances de counseling

Les superviseurs au niveau des trois sites avaient laissé entendre que dans les sites, d'autres prestataires qui n'avaient pas été formés à la prestation de la MJF étaient intéressés par la méthode, mais les superviseurs craignaient qu'ils ne soient suffisamment outillés, particulièrement les agents auxiliaires de santé, pour offrir la méthode.

Il avait été demandé aux prestataires de mesurer l'utilité des supports professionnels qui leur avaient été fournis. Voici présentées, leurs réponses au **Tableau 5** ci-dessous.

**Tableau 5. Evaluation par les prestataires à 18 mois des supports professionnels utilisés**

Matériel	Evaluations (n= 14)			
	Très utile	Utile	Utile mais a besoin d'améliorations	Ne sait pas
Collier du Cycle	2	6	6	0
Calendrier	5	7	2	0
Carte de la cliente	2	11	1	0
Supports publicitaires	2	11	1	0
Carte du prestataire	3	11	0	0
Guide de counseling	3	7	2	2
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>53</b>	<b>12</b>	<b>2</b>

Au cours de la seconde interview d'évaluation, davantage de prestataires avaient exprimé leurs opinions à propos des matériels utilisés plus qu'ils ne l'avaient fait lors de la première interview. Il y avait par exemple 12 réponses dans la colonne « Ne sait pas » au moment de l'évaluation à mi-parcours, mais seulement deux à la deuxième interview. Cette différence montre qu'avec le temps, les opinions des prestataires à propos des supports de travail utilisés devenaient plus positives.

Tous les prestataires avaient laissé entendre que l'on devrait continuer à offrir la méthode dans les centres de PF au Burkina Faso. Les principales raisons qui sous-tendaient cette opinion étaient :

- L'absence du moindre effet indésirable
- La nécessité d'avoir un éventail de choix de méthodes de PF plus large
- Le coût abordable
- La facilité de prestation de la méthode

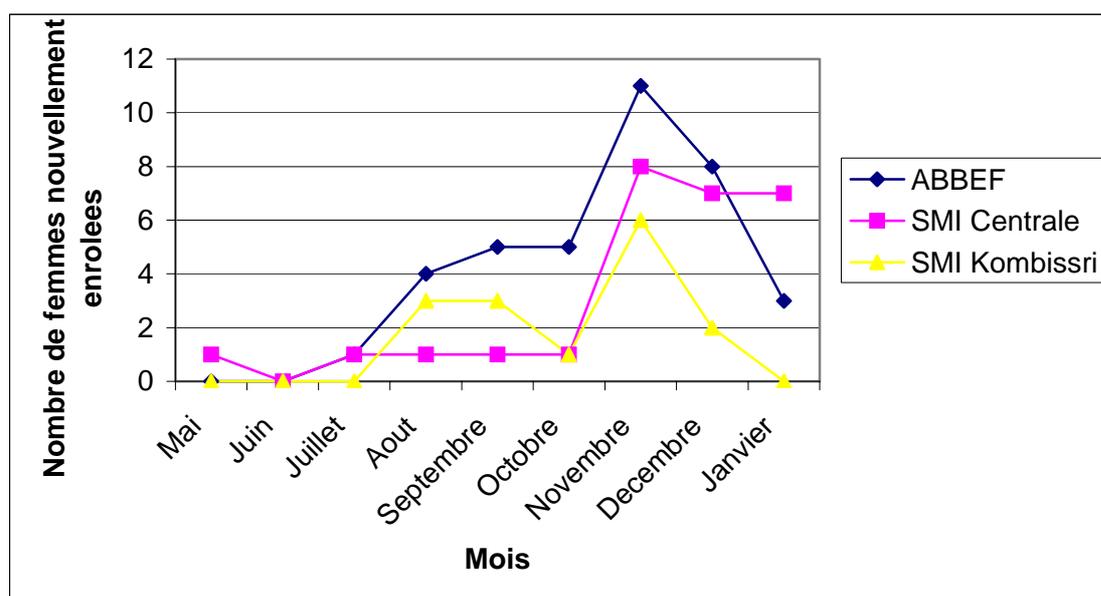
Les principales attentes des prestataires étaient :

- L'élargissement de la MJF à d'autres services de prestation de la PF
- La formation des prestataires au niveau des sites qui offriraient la MJF
- La prévention des ruptures de stocks de Colliers du Cycle

## Modes d'enrôlement des clientes

Un nombre total de 79 utilisatrices de la MJF avaient été enrôlées dans l'étude entre mai 2003 et janvier 2004 (voir **Figure 10** ci-dessous).

**Figure 10. Enrôlement mensuel des femmes dans l'étude sur la MJF, mai 2003 – janvier 2004**



L'observation du tableau permet de faire les observations suivantes :

- Les modes de recrutement sont les mêmes au niveau de tous les trois sites
- Relativement peu de clientes avaient été recrutées pendant les trois premiers mois
- Le pic en matière de recrutement au niveau de tous les trois sites avait été atteint suite à la mobilisation communautaire et aux campagnes médiatiques de masse organisées en octobre et en novembre 2003
- A l'exception de la SMI Centrale, où la tendance à la baisse avait été relativement moindre, on avait remarqué une chute vertigineuse dans le nombre des personnes enrôlées 1 mois après la fin des campagnes communautaires

La faible prévalence de l'utilisation de la PF au Burkina Faso explique en partie le caractère éphémère des effets de la campagne de mobilisation communautaire pour l'enrôlement à l'étude. Très peu de femmes reçoivent l'information sur la MJF par le canal des cliniques de PF ce qui fait qu'elles ont peu de chance d'entendre parler de la méthode dans le cadre du counseling offert au niveau de ces cliniques. Les spots à la télévision et les activités de mobilisation communautaire ont contribué à atteindre et à attirer les femmes qui avaient des besoins de planification familiale naturelle mais qui n'avaient pas eu l'occasion de s'informer

à ce propos. Les sources d'information citées par les femmes qui utilisaient la méthode confirmaient cette affirmation.

L'enrôlement à l'étude au départ n'était pas aussi haut que ce que l'on avait anticipé dans le protocole d'étude, qui projetait, sur la base d'études similaires précédentes, que 7% des nouvelles clientes de la PF au niveau des trois sites sélectionnés de l'étude choisiraient la MJF. Comme le montre le **Tableau 6** cependant, les 79 femmes qui avaient accepté d'utiliser la MJF et de faire partie de l'étude (plus les 16 autres femmes qui avaient accepté d'utiliser la MJF mais qui n'avaient pas pris part à l'étude) représentaient, en moyenne 10% des nouvelles utilisatrices de la PF dans l'ensemble des trois structures de PF participant à l'étude pendant la période de l'enrôlement (mai 2003 – janvier 2004). Sur les 920 nouvelles clientes de PF à qui on avait offert la MJF pendant la période de l'enrôlement, 133 d'entre elles avaient exprimé leur intérêt pour la méthode, 95 ont été déclarées éligibles à la MJF et 87 avaient consenti au départ à participer à l'étude. Huit femmes se sont retirées de l'étude au commencement sur la base de l'argument selon lequel elles ne pourraient pas se rendre à la structure pour les visites de suivi, ramenant ainsi l'échantillon final à 79 femmes.

**Tableau 6. Enrôlement à l'étude par site (mai 2003–janvier 2004)**

	Nouvelles utilisatrices de PF	ABBEF	CSPS Kombissiri	SMI Centrale	TOTAL
A	Nombre de clientes de PF qui demandaient la MJF	52	30	51	133
B	Nombre de clientes de PF <i>éligibles</i> à la MJF (qui avaient consenti à utiliser la MJF)	45	20	30	95
C	Nombre de femmes qui avaient consenti à utiliser la MJF mais qui n'avaient pas participé à l'étude	8	0	0	8
D	Nombre de femmes qui s'étaient retirées de l'étude (au commencement)	0	5	3	8
E	Nombre final de femmes qui avaient consenti à utiliser la MJF et à être enrôlées dans l'étude pilote	37	15	27	79
F	Nombre de toutes les femmes qui avaient consenti nouvellement d'utiliser la PF, y compris la MJF	281	271	368	920
G	Sur les femmes qui avaient accepté nouvellement d'utiliser la PF, pourcentage des clientes qui avaient accepté d'utiliser la MJF (B/F*100)	16%	7.4%	8.2%	10% (moyen)

Source : Rapports d'activités des sites, Entretien de recrutement

En plus des problèmes de lenteur rencontrés au départ dans le recrutement et qui étaient dus au manque d'activités de communication de proximité avec la communauté et dont on a discuté plus haut, d'autres facteurs avaient contribué à justifier la taille réduite de l'échantillon des femmes enrôlées dans l'étude. Les raisons majeures entre autres, étaient les critères d'éligibilité stricts utilisés pour la méthode. Beaucoup de femmes qui avaient exprimé un intérêt pour la méthode, mais qui ne connaissaient pas la durée de leur cycle menstruel, avaient été renvoyées. D'autres femmes qui étaient également intéressées par l'utilisation de la MJF avaient dû y renoncer pour avoir reconnu qu'elles avaient des cycles menstruels irréguliers, causés chez certaines femmes par des perturbations consécutives à l'utilisation de certaines méthodes hormonales de contraception. Un facteur supplémentaire

limitant l'enrôlement était lié au lieu d'habitation des femmes. Les femmes qui habitaient dans des localités non couvertes par les activités des trois sites n'étaient pas enrôlées à cause des difficultés qu'aurait engendrées leur suivi.

### Antécédents en matière d'utilisation de méthodes contraceptives

Au cours de l'entretien de recrutement, il avait été demandé aux femmes enrôlées dans l'étude si elles avaient déjà utilisé une quelconque méthode de PF dans le passé et, si tel était le cas, quelle(s) méthode(s) avaient-elles utilisé? Le taux de réponse à cette question était faible, pour des raisons que nous ignorons. Parmi les 60 femmes qui avaient répondu, seulement 11,7% avaient affirmé n'avoir jamais utilisé une quelconque méthode de PF. Les autres femmes avaient laissé entendre qu'elles utilisaient un certain nombre de méthodes différentes, avec comme méthode la plus utilisée la contraception orale (31,7%). Les femmes qui prenaient part à l'étude avaient également été interrogées sur une éventuelle utilisation par elles de la contraceptive au cours des deux mois qui avaient précédé leur adoption de la MJF. Le taux de réponse à cette question était également faible. Un total de 21,8% sur les 55 femmes interrogées avaient affirmé n'avoir pas utilisé de méthode de PF au cours des deux derniers mois qui avaient précédé leur adoption de la MJF, tandis que le reste des femmes avaient laissé entendre qu'elles utilisaient une ou plusieurs méthodes, avec là encore en tête de liste, l'utilisation des contraceptifs oraux (21,8%). Les réponses à ces deux questions à choix multiples sont présentées au **Tableau 7**.

**Tableau 7. Méthodes de planification familiale déjà utilisées (réponses multiples, nombre et pourcentage de cas)**

Méthodes de PF utilisées avant l'utilisation de la MJF	Déjà utilisé (n=60)		Utilisé au cours des deux mois précédents (n=55)	
	n	%	n	%
Aucune méthode	7	11,7	12	21,8
Tablettes vaginales moussantes	5	8,3	9	16,4
Préservatifs	10	16,7	7	12,7
Injectables	10	16,7	3	5,5
Coït interrompu	7	11,7	0	0
Contraceptifs oraux	19	31,7	12	21,8
DIU	12	20,0	2	3,6
Méthode de l'allaitement maternel et d'aménorrhée	1	1,7	1	1,8
Abstinence périodique	10	16,7	6	10,9
Implants Norplant	5	8,3	5	9,1
Stérilisation féminine	3*	5,0	0	0
Autres méthodes traditionnelles	4	6,7	3	5,5

Note : Les 3 réponses « oui » à la question sur la stérilisation féminine semblaient provenir d'une mauvaise compréhension de ladite question par les femmes. En effet, lorsqu'on leur avait demandé à savoir quelles méthodes elles avaient utilisé au cours des deux derniers mois, aucune de ces femmes n'avait mentionné la stérilisation.

## Sources d'informations/ motivations du choix de la MJF

Les médias avaient constitué la principale source d'information pour les clientes de la MJF (66%), avec comme médium principal, la télévision, conformément à ce qu'avaient laissé entendre la plupart des clientes (64%). Les agents de santé avaient été cités comme ayant été la deuxième plus grande source d'information, puis suivi des membres de la famille, des amis et des voisins.

Les clientes et leurs partenaires avaient invoqué une multitude de raisons qui avaient motivé leur choix de la MJF, allant des raisons sanitaires, économiques, religieuses et psychologiques / émotionnelles. Ces raisons sont exposées au **Tableau 8** ci-dessous.

**Tableau 8. Motivations du choix de la MJF (choix multiples)**

Motivations du choix de la MJF	(n=58)	
	n	% des cas
Aucun effet sur la santé	34	58,6
Aucun effet secondaire comme c'est le cas pour d'autres méthodes	12	20,7
Pas besoin de prendre des médicaments/ ou de subir une intervention pour une pose de dispositifs	11	19,0
Raisons religieuses / morales	10	17,2
Aucun effet secondaire sur l'allaitement	6	10,3
L'opposition du partenaire à l'utilisation d'autres méthodes de PF	5	8,6
Moins onéreux	3	5,2
Autres	4	6,9

**Raisons sanitaires :** Les principales raisons invoquées par les clientes et leurs partenaires étaient le désir d'une nouvelle méthode qui n'aurait pas de conséquences sur leur santé et qui leur permettrait d'éviter les effets indésirables que l'on connaît à d'autres méthodes contraceptives. Les clientes sentaient qu'elles souffraient de beaucoup de maladies, d'irrégularités de leurs cycles, de prise de poids et de problèmes cardiaques. Leurs partenaires sentaient que les méthodes que les femmes utilisaient détérioraient leur santé et constituaient une source d'anxiété dans leurs foyers. « Avec les pilules et les autres sortes de médicaments que vous avalez, nous sommes en train d'acheter des maladies dont nous ignorons l'existence des liens avec lesdits médicaments ». (Client à l'ABBEF qui continue d'utiliser la MJF). Pour toutes ces raisons, la MJF est la bienvenue en tant que méthode sans risque sur la santé. « Les pilules contiennent des substances chimiques qui peuvent constituer un danger pour la santé des femmes. La méthode du collier est une méthode inoffensive, naturelle. N'ayant rien d'artificielle, son utilisation ne pose aucun problème, » affirme un client, 56 ans, à l'ABBEF, qui a arrêté d'utiliser la MJF.

**Raisons religieuses :** Certaines religions interdisent l'utilisation de la plupart des méthodes contraceptives. La conformité/indication avec les croyances religieuses a été citée comme une raison ayant motivé l'utilisation de la méthode. « Si vous utilisez le collier, vous ne faites pas partie de ces gens qui tuent des êtres vivants, vous vous sentez en règle avec Dieu ». (Une utilisatrice de la MJF à l'ABBEF)

La symbolique du Collier du Cycle a également été citée : « Le collier ressemble au chapelet ou au tasbih.<sup>2</sup> Il est un moyen que l'on peut utiliser pour parvenir à sa fin, c'est-à-dire éviter simplement la grossesse. »

**Raisons psychologiques/émotionnelles :** L'anxiété et le stress associés à l'utilisation des méthodes contraceptives modernes portent préjudice aux relations du couple : « Prendre les pilules était une source constante d'anxiété. Lorsqu'elle oubliait de prendre sa pilule... il était difficile d'avoir une intimité avec elle. Elle ne savait jamais quels seraient les effets des médicaments. Toutes ces incertitudes constituaient des sources d'anxiété pour nous ; mais quand nous avons découvert le collier, nous avons été libérés de toutes ces angoisses. » (Client à l'ABBEF qui a arrêté d'utiliser la MJF)

La MJF est une méthode qui requiert le consentement de tous les deux membres du couple, et qui permet d'avoir un contact direct pendant les rapports sexuels : « Le Collier du Cycle n'est pas hors de vue comme le sont les autres méthodes que les femmes cachent généralement hors de la vue de leurs maris. Le consentement entre le mari et la femme est impératif. » (Une cliente, 26 ans, au Centre de santé maternel et infantile de Kombissiri, qui continue d'utiliser la MJF)

« Je ne voulais pas que quelque chose se mêle entre nous, comme par exemple un préservatif utilisé en guise de contraception. Le collier, avec l'observation de l'abstinence, permet un contact direct pendant les rapports sexuels. » (Un client à l'ABBEF qui a arrêté d'utiliser la MJF)

**Raisons économiques :** Ces raisons avaient été citées principalement par les hommes, qui avaient le sentiment que la fragilisation de la santé de la femme impliquait une augmentation de la somme d'argent qui devait être allouée à la santé. Le coût de la MJF est considéré comme étant moins chère. Comme l'a dit un client de l'ABBEF qui continue d'utiliser la MJF, « avec le collier, j'avais toujours un peu d'argent qui restait dans ma poche, même si c'était l'argent qui serait utilisé pour nourrir les enfants. Mais si tu perds ta santé, mes poches seront vidées. »

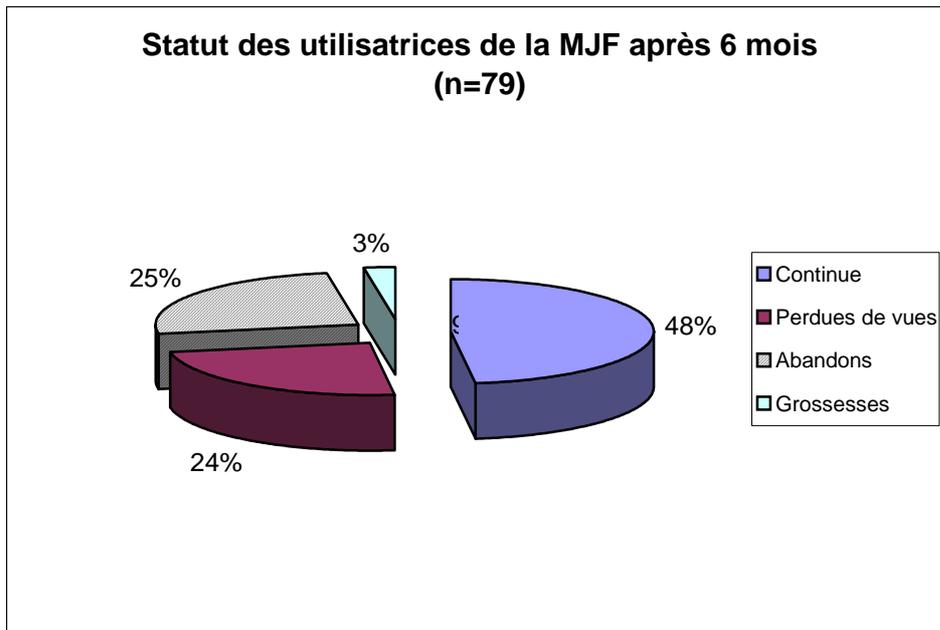
### **Statut des utilisatrices de la MJF six mois après l'enrôlement**

Le statut des femmes enrôlées dans l'étude six mois après la date de leur enrôlement est présenté dans la **Figure 11**.

---

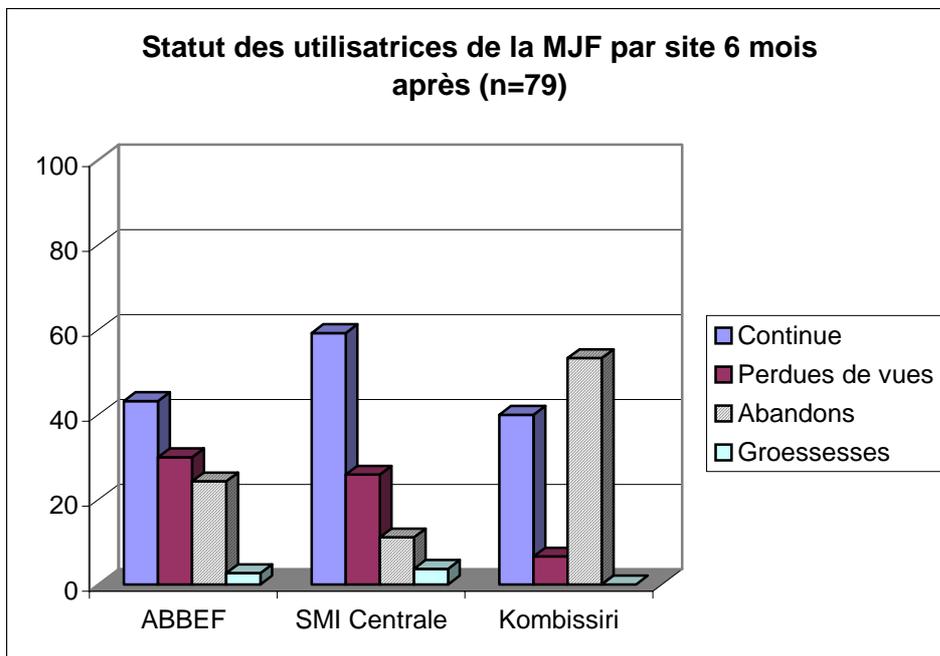
<sup>2</sup> Le tasbih, c'est le chapelet de prière des musulmans.

Figure 11. Statut des utilisatrices de la MJF à la visite de suivi du 6ème mois (n=79)



Comme le montre la figure ci-dessus, environ 48% des clientes de la MJF continuaient d'utiliser la MJF 6 mois après leur enrôlement dans l'étude. La poursuite de l'utilisation de la méthode par site est présentée dans la **Figure 12** ci-dessous.

Figure 12. Statut des utilisatrices de la MJF par site lors de la visite de suivi du 6ème mois



Les taux de continuation étaient moyennement les mêmes dans tous les sites. A Kombissiri, il y avait une plus grande proportion de femmes qui avaient abandonné l'utilisation de la méthode par rapport à celles qui continuaient à utiliser la méthode, contrairement à la situation qui prévalait dans les deux autres sites. Cependant, la faible taille de l'échantillon de

femmes (15) là-bas ne permet pas de savoir si il y a une réelle différence entre ce site et les autres.

Une analyse de survie avait été réalisée dans le but d'examiner la dynamique de continuation de la méthode avec le temps. Les analyses de survie avaient été réalisées pour trois événements : la grossesse, la non participation à la première visite de suivi et la non participation à la deuxième visite de suivi. Les analyses avaient été réalisées sur l'ensemble de l'échantillon des femmes utilisatrices de la MJF et classées par site. L'échelle logarithmique avait été utilisée pour analyser les différences qui existaient entre les différents groupes des analyses stratifiées. Deux personnes étaient tombées enceintes pendant la période de l'étude. Dix-huit sujets n'avaient pas participé à la première séance de suivi et 41 personnes n'avaient pas participé à la deuxième visite de suivi. Dix-huit personnes n'avaient de données ni pour la première ni pour la deuxième visite de suivi, mais on disposait d'informations sur les dates de leur abandon (perdus de vue) qui variaient de 3 semaines (une personne) à 11 mois après la date de recrutement. Pour le besoin de cette analyse, ces 18 personnes avaient été censurées le 29<sup>ème</sup> jour après la date de recrutement, à l'exception de la personne qui avait été perdue de vue 3 semaines après son recrutement. La date d'abandon de cette personne avait été conservée pour la censure, étant donné que cette date avait précédé la visite de suivi du 1<sup>er</sup> mois.

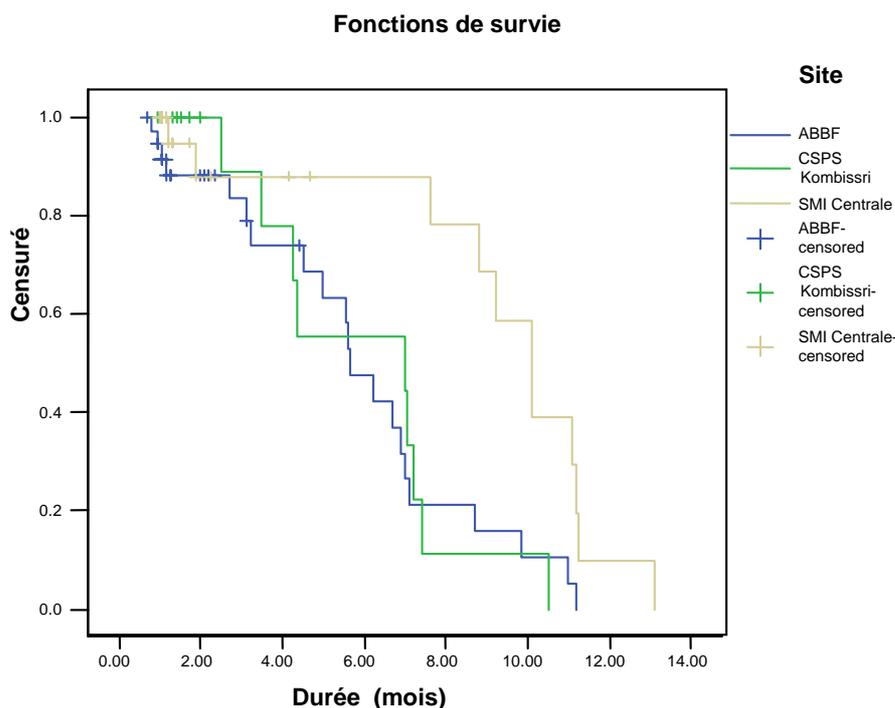
Les résultats montrent qu'il y avait une grande différence entre les sites pour ce qui était de l'évènement expliquant la non participation à la deuxième visite de suivi,  $p=0,0066$ , mais non pour ce qui était de la première visite de suivi. Voir **Tableau 9** ci-dessous.

**Tableau 9. Analyse de survie pour la deuxième visite de suivi**

Mois	0,76	3,11	4,26	5,55	5,65	7,64	9,22	11,07	11,24
% Ayant participé à la deuxième visite de suivi	98,7	83,9	76,6	66,3	61,0	34,5	26,5	10,6	2,6
Le taux de survie d'une circonstance à 6 mois était de 7,52%. Le nombre d'évènements = 41. La durée médiane de temps avant la survenue d'un évènement était de 7,01 mois, 95% intervalle sûr (6,51, 7,51).									

Lorsque cette analyse avait été stratifiée par site, les résultats montraient que les sites de l'ABBEF et de Kombissiri avaient des durées médianes de temps de 5,65 et de 6,98 mois, alors que le site de la SMI Centrale avait une durée médiane de temps de 10,12 mois. Les résultats sont présentés dans la **Figure 13** ci-dessous.

Figure 13. Fonctions de survie par site pour la deuxième visite de suivi



Etant donné qu’il n’y avait eu que deux cas de grossesse seulement, les durées médianes de temps n’avaient pas été atteintes et des différences significatives n’avaient pas été relevées entre les sites. Les résultats sont illustrés dans le **Tableau 10**.

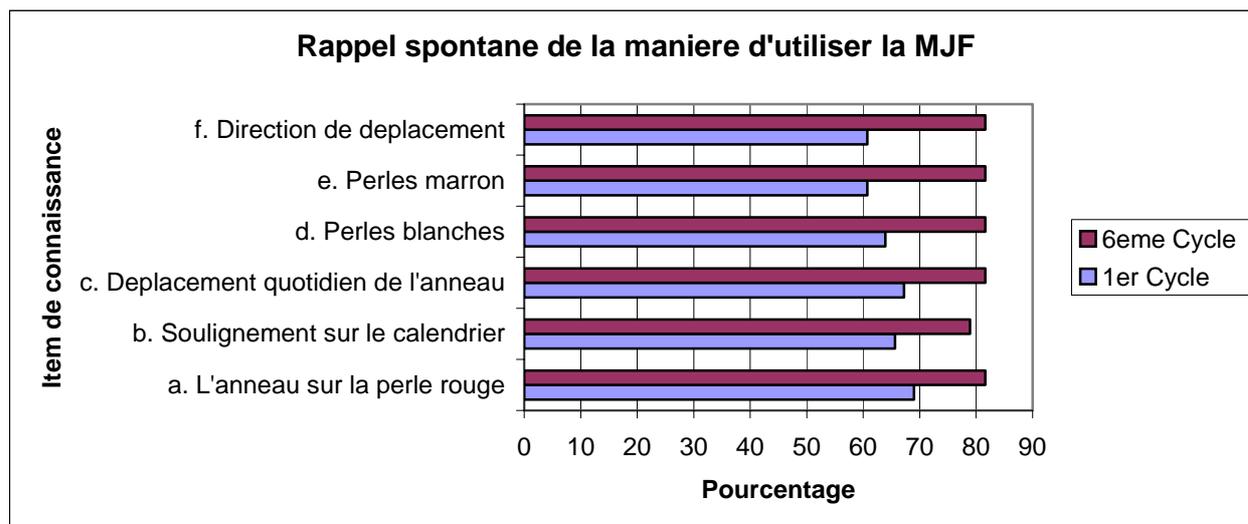
Tableau 10. Analyse de survie à la grossesse

Mois	1,02	2,51	3,37	5,69
% Pas des grossesses	100,0	97,2	97,2	93,2

### Connaissance et utilisation de la MJF par la cliente

Il avait été demandé aux femmes qui continuaient d’utiliser la MJF de rappeler spontanément à l’animatrice des visites de suivi, après un (n=61) et six cycles (n=38) d’utilisation, comment on utilise correctement la MJF. Les réponses sont présentées dans la **Figure 14** ci-dessous.

Figure 14. Connaissance de l'utilisation correcte de la MJF



**Clé :** a= l'anneau noir est placé sur la perle rouge le jour où commencent les règles ;  
 b= Le premier jour des règles est marqué sur le calendrier ; c=L'anneau noir est déplacé sur la perle suivante chaque jour ; d= Les rapports sexuels non - protégés sont déconseillés les jours où l'anneau noir se trouve sur les perles blanches ; e= Les relations sexuelles sont autorisées les jours où l'anneau noir se trouve sur les perles marron ; f= L'anneau noir est déplacé dans la bonne direction.

D'une manière générale, parmi les femmes qui continuaient d'utiliser la MJF, il y avait une amélioration dans le rappel spontané de la manière d'utiliser la MJF entre la première visite de suivi (après un cycle) et la deuxième visite de suivi (après 6 cycles) pour tous les six items de connaissances évalués. Ces six items avaient été également combinés en une échelle de connaissances en six points et fait l'objet d'analyses. Le score moyen de connaissances était de 3,9 (score médian =6,0) après un cycle et de 4,9 (score médian =6) après six cycles. Le score moyen après un cycle, uniquement pour les femmes qui avaient participé plus tard à la deuxième visite de suivi (n=38), était légèrement plus élevé, 4,16 (score médian=6). Lorsque l'on avait comparé les scores moyens après un et six cycles uniquement pour les femmes qui avaient pris part à la deuxième visite de suivi, on n'avait pas trouvé que la différence, en termes statistiques, était très grande. Ces résultats permettent, cependant, d'arriver à la conclusion selon laquelle la connaissance de la manière d'utiliser la méthode présentait une tendance à la hausse au bout des 6 premiers mois d'utilisation.

Entre le premier cycle (88,5%) et le sixième cycle (81,6%), on avait cependant, remarqué une certaine baisse de la connaissance relative à la période à laquelle on doit éviter d'avoir des rapports sexuels non protégés (les jours féconds), mais cette baisse était relativement faible.

En ce qui concerne l'utilisation pratique de la MJF, l'animateur, à chaque visite de suivi (après les 1<sup>er</sup> et 6<sup>ème</sup> cycles) avec les femmes qui continuaient d'utiliser la méthode, après avoir posé à la femme une série de questions concernant le stade auquel elle se trouvait actuellement dans son cycle menstruel, examinait son Collier du Cycle pour vérifier si l'anneau noir était placé sur la bonne perle. L'animateur demandait également à la cliente si elle déplaçait l'anneau chaque jour et si au cours de son dernier cycle menstruel, elle avait eu des rapports sexuels non protégés pendant les jours féconds. Ces trois questions avaient également été utilisées pour développer une échelle en trois points relative à utilisation correcte de la méthode. Les résultats sont exposés dans le **Tableau 11** ci-dessous.

**Tableau 11. Utilisation correcte de la MJF**

Item d'utilisation correcte	Personnes interrogées lors de la première visite de suivi (n=61)		Personnes interrogées lors de la deuxième visite de suivi (n=38)	
	n	%	n	%
1. L'anneau se trouvait sur la bonne perle (sur vérification de l'animateur de l'entretien)	57	95,1	36	94,7
2. Affirmation selon laquelle elles déplaçaient l'anneau noir chaque jour, même pendant les règles	58	95,1	36	94,7
3. Affirmation selon laquelle elle avait eu des rapports sexuels non protégés au cours du dernier cycle pendant que l'anneau se trouvait sur des perles blanches (fenêtre féconde)	11	18,0	7	18,4
Echelle d'utilisation correcte (Echelle en 3 points, items 1 – 3 ci-dessus)	moyenne=2,7 (médiane=3,0)		moyenne=2.7 (médiane=3.0)	

Le **Tableau 11** indique que les femmes, sur la base de ce qu'elles avaient avancé elles-mêmes sur la manière dont elles utilisaient la méthode, ainsi que la proportion de femmes qui déplaçaient correctement l'anneau noir tel que constaté en toute indépendance par les animateurs, ne variaient pas avec le temps.

### **Participation des partenaires hommes**

Lorsque interrogées sur la question à l'occasion de toutes les deux visites de suivi : 90,2% au 1<sup>er</sup> mois et 86,8% au 6<sup>ème</sup> mois, les femmes qui utilisaient la MJF avaient laissé entendre que l'implication du mari/partenaire dans l'utilisation de la MJF était élevée.

L'implication des hommes dans l'utilisation de la MJF, toujours selon les femmes utilisatrices de la MJF qui avaient été interrogées, prenait les formes suivantes :

- Les hommes déplaçaient eux-mêmes l'anneau d'une perle à une autre ou rappelaient aux femmes de le faire, ou contrôlaient l'emplacement de l'anneau avant chaque acte sexuel.
- Les hommes dont les partenaires étaient analphabètes marquaient les jours où les règles de leurs partenaires commençaient sur le calendrier et se chargeaient de vérifier le calendrier afin de mieux suivre correctement les jours.
- En fin de compte, les hommes avaient pris l'initiative de questionner ou d'échanger avec leurs partenaires pour savoir quand est-ce qu'il était possible ou non d'avoir des rapports sexuels non protégés.

L'implication des partenaires dans l'utilisation du Collier du Cycle, encore aux dires des femmes, facilitaient l'utilisation de la méthode : « Chaque jour il me demandait si j'avais déplacé l'anneau. Cela me rappelait, au cas où j'avais oublié de le faire. » (Utilisatrice, 33 ans, du centre de santé de Kombissiri) « Chaque fois qu'elle avait ses règles, elle me le disait de sorte à ce que je puisse marquer immédiatement la date sur le calendrier afin de ne pas oublier. » (Partenaire d'une femme à l'ABBEF qui a arrêté d'utiliser la MJF)

Un homme a fait remarquer, « le collier n'est pas hors de vue comme le sont les autres méthodes, que les femmes gardent généralement hors de portée de vue de leurs maris. Le

consentement entre l'homme et la femme est impératif. » (Partenaire d'une femme qui a arrêté d'utiliser la MJF)

### **Gestion des jours féconds**

C'étaient les femmes, dans la plupart des cas, qui informaient leurs partenaires de l'existence d'une nouvelle méthode de contraception et de la nécessité de gérer les jours féconds. En général, la gestion des jours féconds n'était pas sources de conflits sérieux pour les utilisatrices parce que, comme l'on fait remarquer les femmes, c'était avec l'approbation de leurs partenaires qu'elles avaient choisi la méthode.

Cependant, sur la base des résultats issus des visites de suivi avec les femmes qui continuaient à utiliser la méthode, le consensus à propos des jours où avoir des rapports sexuels a montré quelques tendances à la baisse avec le temps. Selon ce qui nous a été rapporté, le consensus était de 79% après le premier cycle et de 70% après le sixième cycle. En plus de cela, 34% des hommes après le premier cycle et 41% après le sixième cycle ont laissé entendre qu'ils étaient en profonds désaccords avec leurs partenaires à propos de la gestion de la période féconde.

Lors des discussions en groupes dirigées, la gestion des jours féconds avait également été citée aussi bien par les femmes et les hommes qui continuaient d'utiliser la méthode que par ceux qui l'avaient interrompu, comme constituant un problème. Au cours de ces discussions, il était ressorti que la durée de la fenêtre féconde était très longue, et le refus de certains hommes d'utiliser les préservatifs, ajouté à la difficulté d'observer une abstinence totale, rendrait la gestion des jours féconds difficile pour certains couples, particulièrement pour un couple dont l'un des conjoints, notamment l'homme, était resté longtemps en dehors du domicile conjugal. Il convient pourtant de noter que le protocole de counseling permet de s'attaquer à ce problème ainsi qu'à d'autres problèmes sociaux et biologiques qui sont à même de déterminer le degré de pertinence de la MJF pour un couple spécifique.

Au départ, l'abstinence, à ce que l'on dit, était préférée par rapport à l'utilisation du préservatif chez certains partenaires hommes et femmes qui utilisaient la MJF. Cependant, dans la pratique, l'abstinence s'était révélée être difficile, et plus de la moitié des utilisateurs avaient eu recours à d'autres méthodes de PF pendant les jours féconds. Le coït interrompu était la méthode la plus fréquemment utilisée, suivie des préservatifs. « Les 12 jours n'ont pas été faciles à supporter. Au début, il préférait la méthode du coït interrompu à l'utilisation du préservatif. Quelque fois, il arrivait à tenir jusqu'à la fin. » (Utilisatrice femme à l'ABBEF qui a arrêté d'utiliser la méthode)

Une autre utilisatrice a rapporté que, « Comme j'utilisais déjà la méthode du rythme calendaire, lorsque je lui (en parlant de son partenaire) ai expliqué la méthode du collier, il a consenti parce que c'était presque la même chose. Mais en pratique, il a trouvé que le temps d'attente était plus long, et il n'arrêtait pas de me demander si il n'était pas encore temps. » (Une femme qui continuait d'utiliser la MJF à la SMI Centrale)

Les difficultés liées au refus d'utiliser le préservatif avaient été le plus souvent mentionnées au début, mais avec les explications, le problème était résolu. « Pour moi, cela n'a pas été facile au début, car, lorsque le temps vint de s'abstenir ou d'utiliser le préservatif, mon mari était réticent. Mais à la fin, il consentit ». (Une femme qui continuait à utiliser la MJF à la SMI Centrale)

Parmi les hommes qui utilisaient la méthode, les avis sur la gestion des 12 jours féconds étaient partagés. Certains hommes considéraient l'abstinence comme une bonne chose. Ce n'est pas une pratique inconnue. L'abstinence est perçue comme un moyen pour les hommes de renforcer leur capacité d'auto -retenue comme le recommande certaines religions. L'abstinence encourage la fidélité et facilite le contact direct lors des rapports sexuels parce qu'il règne un climat de confiance. « Je n'aime pas les préservatifs, pire encore, je n'aime pas les utiliser dans ma propre maison. Pour moi, le contrôle de soi n'est pas difficile parce que c'est quelque chose que je pratiquais avant mon mariage. Pour la santé de ma femme et pour le bien de ma famille, nous avons consenti d'utiliser le collier. » (Un homme qui utilisait la méthode à l'ABBEF mais qui a arrêté de l'utiliser)

Pour certains hommes, l'abstinence était considérée comme étant une bonne chose mais difficile, et la durée de la période féconde a été trouvée très longue : « Quand j'ai consenti d'utiliser le collier, je n'avais pas considéré les 12 jours comme étant un problème. Mais une fois que vous commencez à utiliser la méthode, vous réalisez que les 12 jours sont comme 12 mois. » « Quelque fois, lorsque l'anneau se trouve sur la perle rouge, si vous n'êtes pas un homme, il est souvent difficile de se retenir, c'est vraiment très difficile. » (Un homme qui utilisait la méthode à l'ABBEF mais qui a arrêté de l'utiliser)

Un autre homme qui utilisait la MJF avait fait part de sa frustration par rapport à la durée de la période féconde : « Devoir recourir à la méthode du coït interrompu est frustrant. Premièrement, tu dois supporter cela pendant 10 ou 12 jours – tout un demi mois pendant lequel tu dois t'abstenir ou utiliser d'autres méthodes par devers toi. Il y a un problème, il y a quelque chose qui cloche à ce niveau. » Le fait de ne pas pouvoir s'abstenir oblige les gens à recourir malgré eux à l'utilisation du préservatif : « Sincèrement, souvent tu dis que tu vas t'abstenir, mais cela peut t'emmenner à faire quelque chose que tu n'aimeras pas faire, c'est –à –dire, recourir au préservatif. » (Utilisateur de la MJF à l'ABBEF, 56 ans, qui a arrêté d'utiliser la méthode)

Les occupations professionnelles qui requièrent de longues périodes d'absence du domicile conjugal rendent encore plus difficile la gestion des jours féconds, selon toujours cet utilisateur. « Supposons, en suis en voyage pendant deux semaines, je m'abstiens, je respecte tous les principes, je rentre de voyage, et elle me dit 'Ah nous ne pouvons pas le faire maintenant ou j'ai mes règles.' C'est éprouvant. Je déteste cela, vous savez. Je dis 'Ok, nous ferons tout simplement sans, mais je vais bouder. » (Utilisateur de la MJF à l'ABBEF, 56 ans, qui a arrêté d'utiliser la méthode)

Toutes les utilisatrices de la MJF ont reconnu que la gestion des jours féconds et la pratique de l'abstinence est impossible dans le cas d'espèce où l'homme est ivre ou sous l'influence de drogues : « Un mari qui rentre à la maison après avoir bu peut obliger sa femme à avoir des relations sexuelles avec lui ou prétendre qu'il ignore qu'elle se trouve à un jour fécond. Mais il y a certaines personnes qui disent que les alcooliques n'aiment pas du tout les femmes. Lorsqu'ils sont ivres, ils ne cherchent qu'à dormir. » (Utilisatrice de la MJF à la SMI Centrale)

## **Questions de genre et dynamique des couples utilisant la MJF**

### **La répartition des rôles par sexe, la prise de décision et l'utilisation de la MJF**

Le dialogue entre les membres d'un couple en vue de parvenir à un accord sur la gestion des jours féconds est l'un des facteurs fondamentaux d'une utilisation efficace de la MJF. Les normes socioculturelles, y compris la subordination des femmes, entrave souvent la communication au sein des couples au Burkina Faso. La marge de liberté communément reconnue aux femmes en tant que membres des couples et le rôle de l'homme en tant que la principale personne qui prend les décisions laissent entrevoir que les femmes jouissent d'un faible pouvoir de négociation en matière de décisions portant sur la question de la sexualité.

Pour pouvoir faire des investigations sur la répartition des rôles par sexe au sein du couple, avec un accent particulier sur le statut des femmes et le pouvoir de prise de décision au sein du ménage en matière de sexualité et de négociation pour une utilisation du préservatif, un questionnaire supplémentaire sur le genre avait été soumis à un sous-ensemble de femmes utilisatrices de la MJF et leurs partenaires après qu'ils aient participé à leur seconde visite de suivi. Un nombre total de 45 utilisateurs, représentant 56,9% de l'échantillon (45 sur un échantillon de 79) avaient été contactés. Sur ces 45, utilisateurs de la MJF, il y avait 31 femmes (dont 19 qui continuaient d'utiliser la MJF et 12 qui avaient interrompu l'utilisation de la méthode) et 14 hommes (dont 5 qui continuaient d'utiliser la MJF tandis que 9 l'avaient interrompu). Il avait été demandé à ces femmes et hommes de savoir s'ils étaient d'accord avec une série de propositions sur les rapports entre sexes (voir **Tableau 12**) et lequel des deux membres du couple était celui qui prenait plus souvent les décisions en ce qui concerne un certain nombre de questions (voir **Tableau 13**). Sans aucune surprise, aussi bien venant de la part des hommes que de celle des femmes, on s'est rendu compte que c'était les hommes qui jouaient le rôle dominant généralement en matière de prise de décision. Cependant, les femmes ont paru commencer à avoir leurs points de vue à donner en matière de décisions se rapportant aux rapports sexuels.

**Tableau 12. Genre et prise de décision: Accord recueillis par rapport aux propositions faites**

Item de genre	% d'utilisatrices de la MJF qui acquiescent à la proposition (n=31)	% d'utilisateurs de la MJF qui acquiescent à la proposition (n=14)
Si je demande à mon partenaire de porter le préservatif, il deviendrait violent.	48,4	28,6
Si je demande à mon partenaire de porter le préservatif, il serait mécontent.	38,7	28,6
D'habitude, mon partenaire et moi faisons ce qu'il voudrait que nous fassions.	83,9	42,9
Mon partenaire ne me laisse pas porter certains habits.	58,1	85,7
Quand mon partenaire et moi sommes ensemble, je reste souvent silencieuse.	19,4	35,7
L'opinion de mon partenaire compte plus que la mienne pour ce qui est des décisions importantes nous concernant.	61,3	64,3
Mon partenaire décide des personnes que je peux fréquenter.	19,4	35,7
Si je demande à mon partenaire de porter un préservatif, il penserait que je couche avec un autre homme.	12,9	14,3
J'ai le sentiment d'avoir été piégée par notre relation.	22,6	7,1
Mon partenaire fait ce qu'il veut, même s'il sait que je ne veux pas le faire.	22,6	14,3
Je suis plus attachée à notre relation que ne l'est mon partenaire.	41,9	78,6
Si mon partenaire et moi sommes en désaccord à propos de quelque chose, habituellement c'est lui qui l'emporte.	58,1	35,7
Mon partenaire tire un meilleur avantage de notre relation que moi.	45,2	35,7
Mon partenaire cherche toujours à savoir où je suis.	64,5	28,6
Je pense qu'il est possible que mon partenaire soit en train de fréquenter une autre femme.	48,4	35,7

**Tableau 13. Genre et pouvoir de décision: Qui décide?**

Item de genre	% des femmes utilisatrices de la MJF qui affirment «c'est mon partenaire» (n=31)	% d'hommes utilisateurs de la MJF qui affirment « c'est moi-même » (n=14)
Qui, à votre avis, a généralement un plus grand pouvoir de décision?	90,3	78,6
Qui décide généralement de vos fréquentations?	25,8	21,4
Qui décide généralement de ce que vous faites ensemble en tant que couple?	54,8	35,7
Qui décide généralement de quand est-ce que vous discuterez de questions importantes?	35,5	57,1
Qui décide généralement de la fréquence de vos concertations?	35,5	64,3
Qui décide d'habitude si vous devez avoir des rapports sexuels?	41,9	57,1
Qui décide habituellement de si vous allez utiliser un préservatif ou pas?	19,4	42,9
Qui décide d'habitude du type de rapports sexuels que vous aurez?	51,6	28,6

L'utilisation du préservatif constitue le sujet à l'origine des plus grands écarts dans les points de vue entre les hommes et les femmes qui ont été interrogés, à propos des deux questions de savoir qui décide d'habitude de quand utiliser un préservatif et à propos de l'éventuelle réaction du partenaire si la femme lui demande de porter un préservatif. Environ la moitié des femmes interrogées (48,4%) avaient laissé entendre que leurs partenaires auraient une réaction violente si elles leur demandaient d'utiliser un préservatif, tandis que 38,7% d'entre elles avaient affirmé que leurs partenaires seraient contrariés/mécontents. Par contre, seulement 28,5 des hommes interrogés avaient laissé entendre qu'ils réagiraient violemment ou seraient contrariés si leurs femmes leur demandaient de porter le préservatif.

A la question de savoir si l'utilisation de la MJF avait eu un impact sur la prise de décisions dans leurs relations avec leurs partenaires, certaines femmes et certains hommes avaient laissé entendre que cela leur avait permis de réaliser davantage de consensus et de mieux communiquer à propos de la décision du couple sur l'utilisation des préservatifs et à propos de la durée ainsi que de la fréquence des rapports sexuels. Les résultats indiquent davantage que l'utilisation de la MJF a peut être eu un impact sur les visions des femmes et des maris/partenaires à propos des préservatifs. Malgré les différences relevées dans les questions liées à la prise de décision relative à l'utilisation du préservatif, les hommes sont devenus moins réticents à l'utiliser et leurs réactions sont devenues plus positives, selon certaines femmes interrogées. Toutes les femmes avaient affirmé que leurs partenaires ne faisaient plus référence à l'adultère si elles leur demandaient de porter un préservatif. Les femmes avaient laissé entendre que, depuis le début de l'utilisation de la MJF, elles ne pensent plus que leurs partenaires font allusion à l'infidélité lorsqu'elles mentionnent l'utilisation du préservatif. Parmi les hommes, 21,4% avaient admis qu'ils n'avaient plus de réaction négative face aux

préservatifs et 28,6% ne prenaient plus de décisions unilatérales à propos des relations sexuelles et de l'utilisation du préservatif.

De très rares différences avaient été observées chez les femmes qui continuaient d'utiliser la MJF (n=19) et celles qui avaient interrompu l'utilisation de la méthode (n=22), à l'exception de la question qui concernait les décisions à propos des rapports sexuels. Avec le premier groupe, c'est toujours l'homme qui décide, alors que le second groupe a laissé entendre que ce sont elles et leurs partenaires qui décident ensemble. Chez les hommes, il y'avait différents points de vue parmi ceux qui continuaient d'utiliser la méthode (n=9) et ceux qui l'avaient interrompu (n=5), mais la taille de l'échantillon était très réduite. En ce qui concerne la question de la prise de décisions relative à la sexualité, les hommes qui avaient interrompu l'utilisation de la MJF avaient laissé entendre qu'ils étaient les seuls à prendre des décisions, tandis que les hommes qui continuaient d'utiliser la méthode affirmaient chercher à parvenir le plus souvent à un consensus avec leurs femmes.

### **Impacts de l'utilisation de la MJF sur la dynamique du couple**

Un mois après l'enrôlement, 32,8% des femmes interrogées à l'aide du questionnaire de suivi (n=61) avaient affirmé qu'elles avaient remarqué des changements dans leurs relations avec leurs partenaires du fait de l'utilisation de la MJF, comparé à 28,9% des femmes qui continuaient d'utiliser la MJF (n=38) 6 mois après l'enrôlement. Les principaux changements intervenus avaient trait aux :

- Discussions portant sur le cycle de la femme
- Discussions autour de la question de l'espacement des naissances
- Des échanges sur la sexualité en général
- Une meilleure communication même dans des sujets qui n'ont pas trait à la sexualité

En plus, les discussions en groupes dirigées organisées avec les femmes utilisatrices de la MJF et leurs partenaires (trois avec des femmes qui continuaient à utiliser la méthode, une avec les femmes qui avaient interrompu l'utilisation de la méthode et une avec les hommes qui avaient arrêté d'utiliser la méthode) avaient révélé que, d'une manière générale, la MJF avait amélioré les relations au sein de certains couples en renforçant la communication et le dialogue à propos de la sexualité, qui a pendant longtemps été considérée comme un sujet tabou. L'utilisation de la MJF avait également donné aux femmes une plus grande liberté et les avait aidé à réaliser un plus grand degré de contrôle sur leur propre sexualité. Les couples avaient accueilli avec joie ces changements positifs. En guise d'exemple, vous verrez ci-dessous mentionnés certains des avantages de la MJF cités par les utilisatrices et utilisateurs de la méthode.

Les utilisatrices de la MJF ont mentionné les avantages suivants liés à l'utilisation de la méthode :

- Un plus grand rapprochement, un amour plus fort et plus harmonieux. Les longues périodes d'abstinence requises par la MJF donnaient à la femme le sentiment d'être plus désirable pendant les jours où l'anneau se trouve sur des perles marron. Une femme au foyer âgée de 29 ans a affirmé que pendant cette période, son partenaire devenait plus attentif : « il est content et m'emmène des cadeaux. »

- Le dialogue sur les questions de sexualité. « Il me poserait la question de savoir à quel jour de mon cycle je me trouvais, et quand est-ce que nous pourrions avoir encore des rapports sexuels. » (Une femme qui a arrêté d'utiliser la MJF à l'ABBEF)
- « Dans mon cas, j'étais capable de savoir quand est-ce que je devrais avoir ou ne pas avoir des rapports sexuels, me reposer et communiquer ces informations à mon mari. Et ce jour là, il savait qu'il ne devait pas me déranger [insister pour avoir des rapports sexuels]. »
- Une plus grande intimité et confiance au sein du couple
- La négociation et la planification des rapports sexuels. L'introduction de la MJF dans la vie du couple a apporté à la femme une plus grande maîtrise sur sa sexualité. Perçue comme une femme émancipée et considérée comme une partenaire et non comme un objet de plaisir, elle participe à la prise de décisions et voit sa négociation d'une parcelle de pouvoir pour des relations sexuelles protégées, ou en d'autres termes, l'utilisation de préservatifs, être quelque peu améliorée. « Avant, quand j'utilisais d'autres méthodes, jamais personne ne me demandait si je voulais ou ne voulais pas avoir des relations sexuelles. Mais maintenant, chaque fois il me demande, 'cette période est-elle favorable ?' (Une technicienne de 41 ans, qui utilise la MJF) « Maintenant, plus question d'avoir des rapports sexuels uniquement quand tu le désires ; maintenant, tout est structuré. » (Agent de bureau, 44 ans, à l'ABBEF)

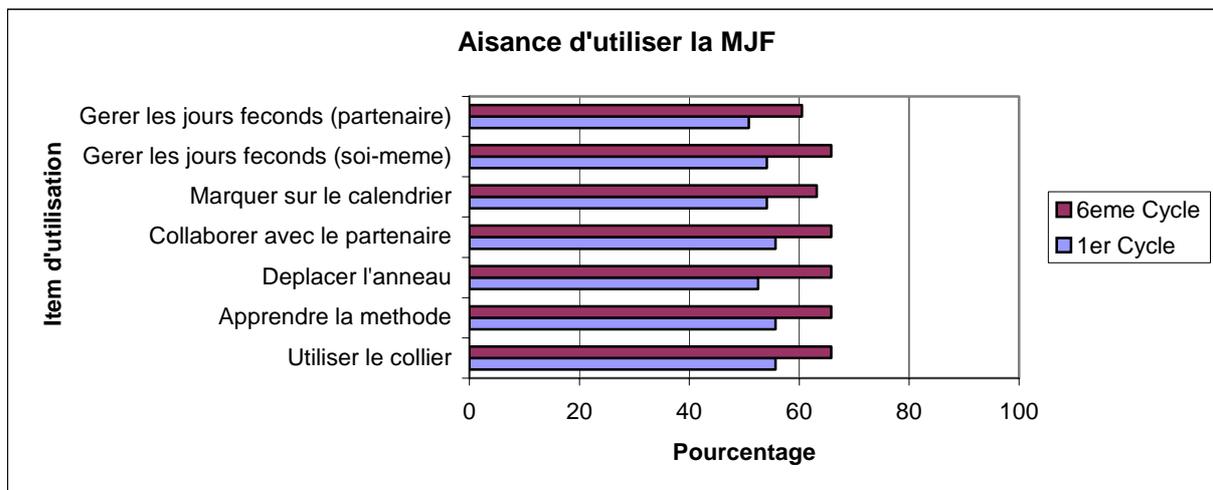
Chez les partenaires hommes, l'harmonie au sein du couple et la communication à propos de la sexualité avaient été citées le plus souvent comme les avantages de l'utilisation de la MJF :

- Le comble du déficit de communication qui existe entre l'homme et la femme dans un couple résultant des facteurs socioculturels et un dialogue plus grand sur la sexualité. « Avant, je me sentais embarrassé ou honteux de parler de sexualité avec ma femme, lui demander si on pouvait avoir des relations sexuelles aujourd'hui ou pas. Avant, tu n'en parlais pas, tu passais tout simplement à l'acte. Mais maintenant, nous devons en parler avant. » Homme qui utilise la MJF à l'ABBEF)
- L'harmonie dans la famille. « Les querelles entre ma femme et moi ne durent plus longtemps parce que nous sommes obligés de nous parler l'un à l'autre maintenant. »
- L'implication des hommes, qui a mis fin au monopole des femmes sur la contraception (contrairement à d'autres méthodes dans lesquelles l'homme n'avait pas son mot à dire).
- L'amélioration de la connaissance de l'homme sur le cycle de son partenaire.
- L'utilisation des préservatifs n'est plus associée à de l'infidélité.

### **Aisance dans l'utilisation de la MJF**

D'une manière générale, l'aisance dans l'utilisation de la MJF, aux dires de ses utilisatrices (n=38 pour le 6<sup>ème</sup> cycle, n=61 pour le 1<sup>er</sup> cycle), avait sensiblement augmenté entre le premier et le sixième cycles. Les utilisatrices étaient plus à l'aise avec l'utilisation de la MJF après le sixième cycle à en croire leurs réponses aux six questions. Pour chaque item, il avait été demandé aux femmes de savoir si il y avait un aspect spécifique de l'utilisation de la MJF qu'elles trouvaient facile ou difficile. La **Figure 15** représente les femmes qui avaient répondu par « facile » à ces questions.

**Figure 15. L'aisance à utiliser la MJF selon ses utilisatrices**

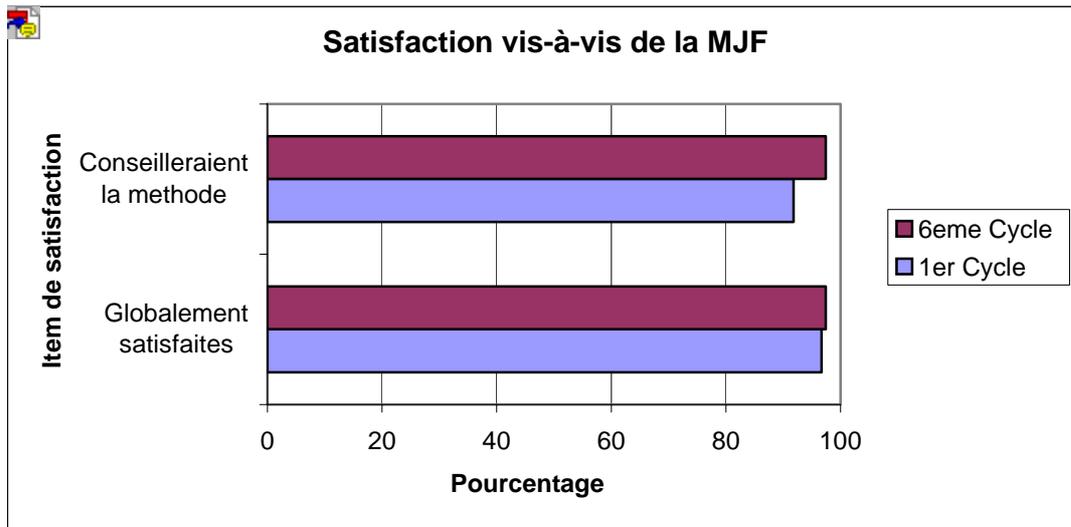


Une plus grande proportion des personnes interrogées avaient laissé entendre que l'utilisation de la méthode était plus « aisée » après le sixième cycle plutôt qu'après le premier cycle. Certaines utilisatrices de la MJF avaient fait des commentaires selon lesquels les instructions claires reçues des prestataires, plus l'utilisation du calendrier comme élément auquel il faut recourir au cas où elles auraient oublié de déplacer l'anneau ou de noter le premier jour de leurs règles, rendaient l'utilisation du Collier du Cycle relativement facile. En plus, certaines utilisatrices de la MJF étaient contentes de la similitude qui existait entre la MJF et la méthode du rythme calendaire. Cependant, il convient de faire remarquer qu'au moins un tiers des personnes interrogées sur chaque point lié à l'utilisation de la méthode trouvait que cet aspect de la méthode était difficile à utiliser.

### Degré de satisfaction parmi les utilisatrices et utilisateurs de la MJF

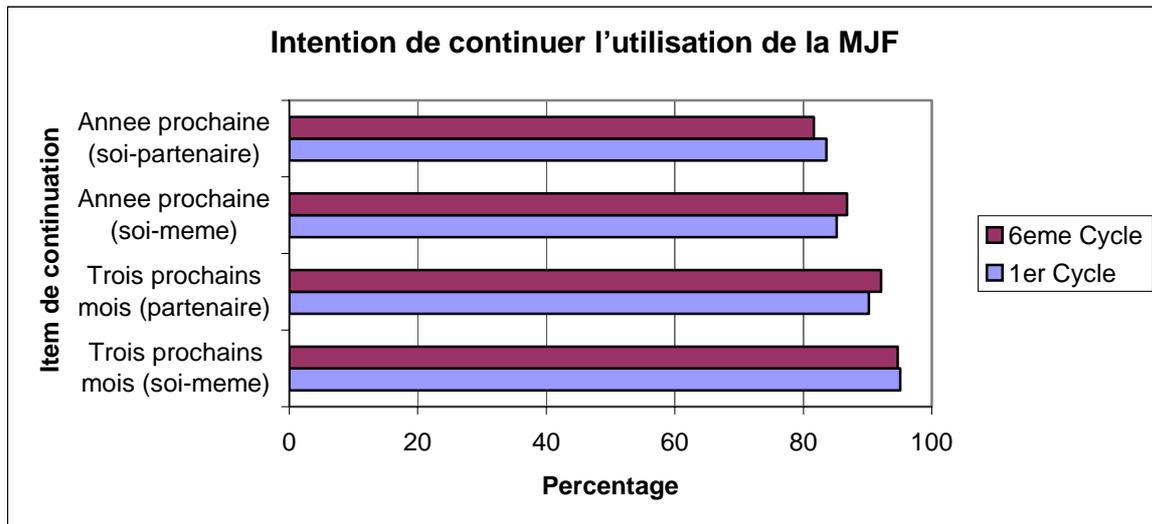
La satisfaction vis-à-vis de la MJF était très élevée aussi bien lors de la première visite que de la deuxième visite de suivi chez les femmes qui continuaient d'utiliser la méthode (n=61 pour le premier cycle et n=38 pour le sixième cycle), avec plus de 90% de femmes qui affirmaient être globalement satisfaites de la MJF et qu'elles la recommanderaient à d'autres personnes (voir **Figure 16** ci-dessous).

Figure 16. Niveau de satisfaction vis à vis de la MJF



Lors de toutes les deux visites de suivi ici considérées, une bonne majorité des personnes interrogées avaient également exprimé leur désir de continuer d'utiliser la méthode aussi bien au cours des trois mois qui suivaient que jusqu'à l'année qui suivait, et pensaient que leurs partenaires souhaitaient également continuer d'utiliser la méthode (voir **Figure 17** ci-dessous).

Figure 17. Intention de Continuer d'utiliser la méthode au cours des trois prochains mois et de l'année suivante



## **A propos des femmes qui avaient interrompu l'utilisation de la MJF**

Sur les 79 femmes enrôlées dans l'étude, 25% (n=20) avaient abandonné l'utilisation de la méthode 6 mois après leur l'enrôlement dans l'étude. Les raisons avancées pour justifier une telle interruption lors de l'entretien de l'abandon organisé avec les femmes, étaient par ordre décroissant en termes de nombre (des informations relatives à sept cas, soit 35% des informations, étaient absentes) :

- Avaient eu deux cycles ou plus dont les durées étaient en dehors des limites acceptables (entre 26 et 32 jours) ou avaient un cycle irrégulier (10,5%)
- Le mari/partenaire ne voulait plus continuer d'utiliser la méthode (1,5%)
- Souhaitaient arrêter la participation à l'étude, par conséquent avaient arrêté l'utilisation de la méthode (1,5%)
- Souhaitaient utiliser une autre méthode (1,5%)

Malheureusement, sept personnes sur les 20 qui avaient abandonné l'utilisation de la méthode n'avaient pas participé à l'entretien de l'abandon. Dans quatre cas, l'absence des informations était due au fait que les prestataires qui animaient la visite de suivi, à ce qu'ils avaient laissé entendre, avaient oublié d'emporter sur eux une copie de l'entretien de l'abandon lors de la seconde visite de suivi. Dans deux cas, on ignore les raisons pour lesquelles l'entretien n'avait pas pu avoir lieu. Dans un cas, une femme avait été classée par erreur comme une femme enceinte et conduite à l'entretien pour cause de grossesse mais en fait, elle avait abandonné l'utilisation de la méthode avant même de tomber enceinte.

Une des femmes qui avait affirmé avoir abandonné l'utilisation de la méthode parce qu'elle avait eu trois cycles dont les durées étaient de moins de 26 jours avait également laissé entendre qu'elle souhaitait tomber enceinte. Seules trois femmes (15%) avaient affirmé que leurs partenaires étaient impliqués dans l'utilisation de la méthode, mais des informations concernant sept femmes manquaient.

En termes de proportion, il y avait davantage de femmes qui avaient abandonné l'utilisation de la méthode au sein de l'échantillon de Kombissiri (53% des femmes enrôlées là bas, n=8) que dans les autres sites (24% à l'ABBEF et 11% à la SMI Centrale). De l'avis des prestataires et des utilisatrices elles-mêmes à Kombissiri, cette situation était liée au fait que les femmes connaissaient mal leurs cycles, ce qui rendait l'évaluation préliminaire très approximative. Beaucoup de femmes avaient donc abandonné parce que leurs cycles ne se prêtaient pas à l'étude.

Les discussions en groupes avaient été organisées avec les utilisatrices et leurs partenaires qui avaient arrêté d'utiliser la MJF afin de mieux comprendre les raisons de leur refus ou de leur abandon de la méthode. L'irrégularité du cycle était citée très fréquemment comme la principale raison d'interruption de la méthode. Le désir d'enfant avait été invoqué comme une raison dans un cas.

A propos de l'irrégularité du cycle menstruel invoquée comme raison de l'abandon de la MJF, trois explications étaient ressorties lors des discussions :

- Les femmes qui tenaient coûte que coûte à commencer l'utilisation de la MJF étaient allées plus vite en besogne en affirmant que leurs cycles rentraient dans l'intervalle de 26 à 32 jours.

- Les femmes ne comprenaient pas ou alors ne connaissaient suffisamment leurs cycles.
- Les cycles des femmes avaient été perturbés par une utilisation antérieure de méthodes contraceptives.

## **Grossesses**

Un nombre total de deux grossesses (c'est – à – dire, 2,5% des femmes admises dans l'étude) avaient été enregistrées pendant l'étude. Toutes les deux avaient affirmé qu'elles déplaçaient l'anneau noir chaque jour et qu'elles avaient marqué la date du premier jour de leur cycle menstruel sur le calendrier. Toutes les deux femmes avaient également affirmé avoir eu des rapports sexuels pendant la période féconde, avec une des deux femmes qui avait laissé entendre que son dernier cycle avait duré plus de 35 jours. L'autre femme avait reconnu qu'elle avait eu des rapports sexuels non protégés pendant sa période féconde sur insistance de son mari, et ne s'était rendue compte que c'était un jour fécond que plus tard. Lorsqu'on avait demandé à cette même femme comment elle avait réagi suite à l'insistance de son mari d'avoir des rapports sexuels sur un jour fécond, elle avait répondu qu'elle n'avait rien fait étant donné qu'elle était à la « ménopause » (elle avait 42 ans). Ainsi, il s'était avéré qu'une des grossesses était due à une utilisation incorrecte de la méthode (par exemple un rapport sexuel contracté un jour fécond), tandis que l'on ne sait pas avec exactitude la raison pour laquelle l'autre femme était tombée enceinte.

Aucune des femmes n'avaient signalé une absence prolongée de son mari du domicile conjugal ni d'ailleurs un quelconque problème à éviter les rapports sexuels non protégés les jours féconds consécutivement à l'abus d'alcool de la part de son mari.

## **Opinions des femmes à propos du coût du Collier du Cycle**

Presque toutes les utilisatrices de la MJF trouvaient que le coût du Collier du Cycle était acceptable, au regard de ses avantages et sa durée d'utilisation. « À 500 francs CFA, le collier est pratiquement gratuit, parce qu'il peut être utilisé pendant plusieurs années sans qu'il ne subisse aucune détérioration au fil du temps. » (Utilisatrice au centre de santé de Kombissiri, 33ans, femme au foyer)

Comparativement à d'autres méthodes, le Collier du Cycle est moins cher vu la possibilité de son utilisation dans le temps : « A 500 F CFA, le prix du collier correspond au montant d'un approvisionnement en pilules pendant cinq mois, mais le collier peut être utilisé pendant plusieurs années ».

Malgré ces affirmations, cependant, les utilisatrices avaient laissé entendre qu'elles aimeraient pouvoir obtenir les Colliers du Cycle à un prix plus réduit, voir même gratuitement.

## **Regards portés sur la MJF par les nouvelles clientes de planification familiale ayant choisi une méthode autre que la MJF.**

Trente nouvelles clientes de la planification familiale à qui toutes la MJF avait été offerte mais qui toutes avaient choisi de ne pas l'utiliser avaient été interrogées à propos de ce qu'elles pensaient de la méthode au cours d'un entretien dans chacun des trois sites participant à l'étude (soit 10 personnes interrogées par structure). La première fois qu'elles avaient entendu parler de la MJF, c'était dans les médias (radio et télévision, 46,7%) ou directement dans les trois centres de PF participant à l'étude (40%). Les méthodes de PF que

les femmes avaient affirmé utiliser sont présentées dans le **Tableau 14**. Six femmes n'utilisaient aucune méthode de planification du tout au moment de l'entretien. Certaines femmes avaient laissé entendre qu'elles avaient imposé leur choix à leurs partenaires (26,4%). La moitié des femmes (50%) n'étaient pas satisfaites de la méthode qu'elles utilisaient ; dans 26,4% des cas, cette insatisfaction était due aux effets secondaires des méthodes.

**Tableau 14. Utilisation des méthodes de planification familiale chez les clientes de PF qui avaient refusé d'utiliser la MJF (Réponses multiples)**

METHODE	ABBEF	SMI Centrale	Kombissiri	Total
Contraceptifs oraux (pilules)	3	1	3	7 (23%)
Injectables	3	1	3	7 (23%)
DIU	2	0	2	4 (13%)
Implants Norplant	0	1	3	4 (13%)
Préservatifs	2	1	0	4 (13%)
Aucune méthode	0	6	0	6 (20%)

Il avait été demandé aux femmes interrogées de savoir quelle opinion elles avaient de la MJF, y compris ce qu'elles voyaient comme avantages et inconvénients de la méthode et ce qu'elles entrevoyaient comme impacts éventuels de l'utilisation de la méthode sur leurs relations avec leurs maris/partenaires. Les femmes qui n'utilisaient pas la méthode pensaient que les avantages de la MJF se résumaient à sa simplicité ; 56,6% avaient laissé entendre que la méthode est naturelle et n'a aucun effet indésirable, et 90% pensaient que leurs partenaires pourraient être tentés par la méthode à cause de l'absence d'effets secondaires (23,33%). Enfin, 76,7% avaient affirmé qu'une telle méthode pourrait devenir populaire chez les femmes ; quelques répondants ont mentionné les femmes pour lesquelles les autres méthodes ne conviennent pas (19,8%), pendant que d'autres des répondants ont cité le fait que la méthode est naturelle (12,8%).

Les difficultés éventuelles d'utilisation de la MJF qui avaient été signalées se rapportaient entre autres à l'oubli de compter les perles (23,1%) ; le refus du mari/partenaire d'utiliser un préservatif pendant les jours féconds ; et les cycles menstruels irréguliers.

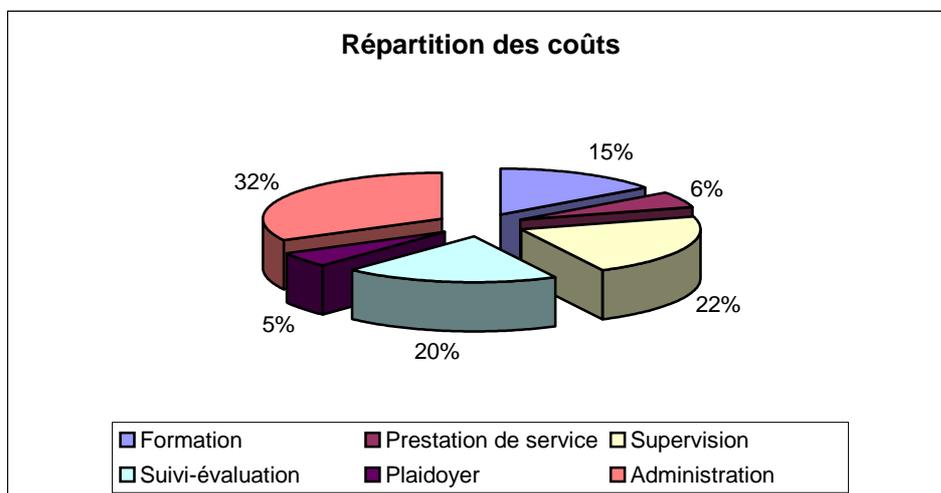
A propos de la question se rapportant aux éventuels impacts de l'utilisation de la MJF sur les relations au sein du couple, il avait été avancé des éléments positifs tels qu'une plus grande communication à propos des rapports sexuels (33,3%), la participation obligatoire des hommes (19,8%), et comme élément négatif, la survenue de conflits potentiels consécutifs au refus de l'homme d'utiliser des préservatifs ou d'observer l'abstinence s'il n'est pas suffisamment informé sur la méthode (9,9%).

## **COÛT D'INTRODUCTION DE LA MJF**

Une tentative fut faite de documenter les principaux coûts d'introduction de la MJF, y compris ceux liés à la formation, au suivi - évaluation, à la prestation de service, au plaidoyer, à la supervision et à l'administration. Tous les coûts ont été fournis en francs CFA. La **Figure 18** présente les coûts partiels d'introduction de la MJF, comme l'indiquent les détails ci-dessous. Les coûts ci-dessous présentés n'incluent pas ceux liés au ravitaillement en Colliers

du Cycle, qui constituent cependant une composante essentielle de la prestation de services de la MJF.

**Figure 18. Coûts d'intégration de la MJF dans les programmes au niveau des trois sites**



Les activités de formations se sont élevées à 15% des coûts totaux (voir **Tableau 15** ci-dessous). Ceux sont là des coûts partiels parce qu'ils ne prennent pas en compte les coûts liés à l'appui fourni par l'Institut de la Santé Reproductive et le Laboratoire d'études appliquées aux dynamiques de développement (LEADD).

**Tableau 15. Coûts de formation**

Item	Montant
Formation des formateurs	851 909
Formation des prestataires	1 357 425
<b>Total</b>	<b>2 209 334</b>

Néanmoins, ces coûts donnent une idée des charges qui peuvent être associées à la formation des formateurs et des prestataires dans un service. Pour la formation des 11 formateurs superviseurs et des 14 prestataires au niveau des trois sites, le coût unitaire s'était élevé à 88 374 F CFA.

Le **Tableau 16** présente les coûts associés à la prestation de service. Ces coûts n'incluent pas le coût des Colliers du Cycle.

**Tableau 16. Coûts de la prestation de service**

<b>Item</b>	<b>Montant</b>
Impression des cartes des clientes	162 000
Fabrication des sacs de transport des kits des Colliers du Cycle	480 000
Réunion de "révision des outils"	186 697
<b>Total</b>	<b>828 697</b>

Le **Tableau 17** présente les coûts liés à la supervision. Ces coûts sont assez élevés pour deux raisons :

- Les besoins de la recherche
- La distance qui sépare les sites de prestation de service des lieux de travail des superviseurs

**Tableau 17. Coûts de supervision**

<b>Item</b>	<b>Montant</b>
Supervision de site	425 150
Réunion trimestrielle, mars 2004	278 750
Réunion trimestrielle, juin 2004	278 750
Le suivi au niveau de chaque site	840 000
Dépenses pour les réunions mensuelles	500 000
Visites des sites	402 600
Supervision des sites	425 150
<b>Total</b>	<b>3 250 400</b>

Les **Tableaux 18, 19 et 20** ci-dessous présentent les coûts du suivi – évaluation, du plaidoyer, et de l’administration et de la gestion du projet de recherche. Les coûts présentés ici pour ce qui concerne le suivi – évaluation (pour l’étude de recherches opérationnelles) ne seraient certainement pas aussi élevés dans un contexte de prestation de service de routine. Le suivi pendant la prestation de service de routine aurait tendance à être intégré dans le programme de PF en place et à être facilité grâce à l’utilisation d’outils (tels que le Fiche de Coaching, développé par l’IRH) destinés à aider les superviseurs à maximiser les résultats de performance du prestataire.

**Tableau 18. Coûts de suivi - évaluation**

<b>Item</b>	<b>Montant</b>
Evaluation à mi - parcours	1 220 000
Evaluation finale	1 668 760
<b>Total</b>	<b>2 888 760</b>

**Tableau 19. Coûts du plaidoyer**

<b>Item</b>	<b>Montant</b>
Atelier d'information sur la MJF	553 250
Réunion de Kombissiri	203 350
<b>Total</b>	<b>756 600</b>

**Tableau 20. Coûts liés à l'administration et à la gestion du Projet de Recherche**

<b>Item</b>	<b>Montant</b>
Fournitures de bureau	103 900
Service courrier DHL	284 920
Téléphone, fax et connexions Internet	36 925
Frais de voyage du gestionnaire financier (carburant)	84 500
Photocopies et impressions	26 250
Achat d'un adaptateur	1 000
Salaire du chef de Projet	4 331 976
<b>Total</b>	<b>4 869 471</b>

A ce stade, les frais à prévoir nécessairement pour le processus d'intégration seraient : 1) formation des formateurs, et 2) formation des prestataires.

Les frais de supervision et d'administration ainsi que de suivi –évaluation et de plaidoyer devraient être incorporés dans des frais liés à d'autres méthodes.

Le budget total de Mwangaza pour la réalisation de la partie mobilisation sociale était de 12 525 921 CFA (\$22 279, voir **Tableau 21** ci-dessous). Dans le cas d'un programme totalement intégré, les coûts devraient être moindres étant donné que les activités seraient intégrées et que les frais relatifs au personnel, les frais généraux, etc. ne seraient pas divisés entre deux groupes différents.

**Tableau 21. Coûts de mobilisation sociale**

Item	Montant
Personnel	4 427 561
Conception de messages et diffusion à la télévision/radio	3 363 822
Autres outils et messages d'IEC	562 230
Transport, carburant (par mobylette) et entretien	1 338 107
Formation du personnel à Mwangaza	412 115
Recrutement et formation des agents communautaires de santé	773 066
Fournitures et équipements	281 115
Communication (téléphone/fax/e-mail)	112 446
Vulgarisation	375 007
Frais généraux (12.8%)	880 452
<b>Total</b>	<b>12 525 921</b>

A Cela il faut ajouter 2 conseillers communautaires à raison de 8 mois de travail pour chacun d'eux, de 30 agents communautaires de santé pendant 6 mois et d'un conseiller en santé communautaire pendant 9 mois.

## DISCUSSION

Les résultats de l'étude indiquent que la MJF est une méthode acceptable par les couples burkinabé ayant participé à l'étude et qu'il est faisable de l'introduire dans les services de PF existants. La MJF se présente comme une méthode de PF acceptable d'un point de vue culturel par les utilisatrices principalement parce qu'elle s'apparente aux méthodes traditionnelles avec lesquelles une bonne moitié des femmes et des hommes burkinabés en âge de procréer disent être familiarisés ; en plus, la méthode n'a aucune conséquence sur la santé de la femme et ne s'accompagne d'aucun effet indésirable. Parmi les femmes qui ont consenti à utiliser la MJF, 58,6% et 20,7% ont confié qu'elles avaient choisi la méthode pour ces deux raisons respectivement. Un autre taux de 19% des femmes ayant accepté d'utiliser la MJF ont choisit la méthode parce qu'elle n'impliquait aucune prise de médicaments ou de chirurgie pour pose de dispositif quelconque tandis- que 17,2% invoquent des considérations religieuses/ morales pour le choix de la MJF. Par ailleurs, l'abstinence périodique est une méthode à laquelle sont habituées beaucoup de femmes ayant consenti à utiliser la MJF : 16,7% des femmes interrogées ont affirmé avoir déjà utilisé dans le passé l'abstinence périodique, tandis que 10,9% des femmes interrogées ont admis avoir utilisé cette méthode au cours des deux derniers mois.

Le processus d'introduction de la MJF dans les services de PF existant dans les trois structures ayant pris part à l'étude s'est faite, aux dires des prestataires, avec peu de difficultés majeures. Aucun des prestataires qui ont pris part à l'étude n'y a renoncé avant la fin, et tous ont exprimé leur volonté de continuer à offrir la méthode. Les prestataires de PF ayant participé à l'étude ont déclaré avoir efficacement intégré la prestation de la méthode dans leur pratique quotidienne. La MJF a été systématiquement incorporée dans une gamme de

méthodes de PF offertes par les prestataires et a été incluse comme partie intégrante du counseling général fourni à toute personne qui se rend à la structure en quête d'une méthode de PF. Les mêmes salles et les mêmes points de services ont été utilisés pour offrir les services de la MJF tout comme c'était le cas pour les autres méthodes de PF. Les infrastructures physiques, le personnel, les équipements et les programmations n'ont nécessité aucune modification. Les prestataires ont unanimement convenu, cependant, que le temps consacré pour le counseling de la MJF est relativement plus long et nécessite des ajustements dans l'organisation du travail. Il est ressorti que le travail en équipe permet de réduire le temps d'attente des femmes qui souhaitent utiliser la MJF ou une autre méthode. Comme pour toute nouvelle méthode, le temps de counseling est susceptible de se raccourcir au fur et à mesure que les prestataires vont acquérir une certaine expérience de la méthode ; de même, des campagnes d'Information Education Communication (IEC)/Communication pour le Changement du Comportement (CCC) pourraient contribuer à élever le niveau de connaissance de base de la méthode de la part de la cliente. D'autres difficultés ont été rapportées par quatre des prestataires et portent sur : la méconnaissance des femmes de leurs cycles menstruels ; le mauvais respect par les femmes des rendez-vous de suivi ; et la non – participation des hommes aux séances de counseling. En ce qui concerne le suivi, dans un cadre typique de prestation de service par opposition au cadre d'étude ici décrit, le suivi constituera moins une problématique étant donné qu'il sera moins fréquent, avec une seule visite de suivi recommandée pour les utilisatrices de la MJF. De plus, il peut paraître irréaliste de la part des prestataires de s'attendre à ce que les hommes participent aux séances de counseling sur la MJF, étant donné que les hommes accompagnent rarement leurs partenaires aux visites de PF. Ce qui serait par contre possible de faire, c'est d'entreprendre des initiatives pour toucher les hommes à travers des efforts appropriés d'IEC.

A la séance de suivi du 6<sup>ème</sup> mois, 48% (n = 38) des utilisatrices de la MJF continuaient à utiliser la méthode, tandis que 25% (n = 20) avaient abandonné son utilisation, 24% (n = 19) ne s'étaient pas rendu à la séance de suivi et 3% (n = 2) étaient tombées enceintes alors qu'elles utilisaient la méthode. Il nous est revenu que l'abandon de la méthode était liée à plusieurs facteurs, mais s'expliquait essentiellement par le fait d'avoir eu deux ou plus cycles en dehors de la fourchette recommandée ou en d'autres termes d'avoir un cycle irrégulier ; après deux ou trois cycles, la moitié des femmes qui avaient interrompu la méthode ont affirmé avoir abandonné la méthode parce que leurs cycles ne s'y prêtaient pas. Les deux cas de grossesse enregistrés parmi les femmes qui ont poursuivi l'utilisation de la méthode, soit 2,5% des femmes admises dans l'étude, représentent un taux relativement acceptable considération faite de l'efficacité d'autres méthodes. Les grossesses étaient dues à des rapports sexuels non –protégés contractés pendant des jours féconds pour un cas et pour des raisons non déclinées dans l'autre cas.

Entre les deux visites de suivi, la connaissance de l'utilisation de la MJF avait présenté une tendance à la hausse chez les femmes qui continuaient d'utiliser la méthode ; de même, l'utilisation correcte de la MJF était restée immanquablement très élevée.

D'un point de vue global, l'aisance à utiliser la méthode, telle que rapportée par les femmes qui continuaient de l'utiliser, s'était améliorée entre le premier (plus de 50% des femmes avaient affirmé que la méthode était facile à utiliser) et le sixième cycle (plus de 60% des femmes avaient affirmé que la méthode était facile à utiliser). La satisfaction vis-à-vis de la méthode chez les femmes qui continuaient de l'utiliser était très élevée aussi bien lors des séances de suivi du premier mois que du sixième mois : plus de 90% des femmes utilisant la

MJF et interrogées lors des séances de suivi avaient laissé entendre qu'elles étaient satisfaites de la méthode et avaient affirmé qu'elles la recommanderaient à d'autres femmes.

Les femmes utilisatrices de la MJF avaient laissé entendre au cours des deux visites de suivi que l'implication de leurs maris/partenaires dans l'utilisation de la MJF était élevée.

Le dialogue entre les membres d'un couple pour parvenir à une entente sur la gestion des jours féconds est une des conditions d'une utilisation efficace de la MJF. L'utilisation de la MJF se présente comme un facteur de promotion d'une meilleure communication au sein des couples à propos de la sexualité et de l'utilisation du préservatif comme étant des éléments autour desquels il faudra impérativement réaliser un consensus à propos de la manière de gérer les jours féconds. Cependant, le consensus à propos des jours où avoir des rapports sexuels a paru décroître quelque peu avec le temps, aux dires des utilisatrices de la méthode : le consensus avec les partenaires tel que rapporté par les utilisatrices s'élevait à 79% après le premier cycle et à 70% après le sixième cycle. En plus, 34% et 41% de femmes ont affirmé avoir été confrontées à de sérieux désaccords avec leurs partenaires sur la gestion d'une période féconde respectivement après le premier cycle et le sixième cycle.

Il se peut que la MJF ait affecté les visions des femmes et de leurs maris/partenaires sur les préservatifs : à en croire les femmes interrogées, les hommes étaient de moins en moins réticents à utiliser les préservatifs et avaient des réactions plus positives. Chez les hommes, 21,4% avaient reconnu qu'ils n'avaient plus de réaction négative à l'utilisation des préservatifs et 28,6% avaient affirmé ne plus prendre de décisions unilatérales à propos des rapports sexuels et de l'utilisation du préservatif. Les femmes avaient laissé entendre qu'elles ne pensent plus que leurs partenaires leur collent des soupçons d'infidélité lorsqu'elles suggèrent l'utilisation de préservatifs. Les discussions en groupes dirigées organisées avec les femmes utilisatrices de la MJF et leurs partenaires indiquent que la MJF améliorerait les relations dans certains couples en renforçant la communication sur la sexualité, un sujet considéré pendant longtemps comme étant tabou.

Au-delà de la prévention de la grossesse, la MJF semble être une méthode à même d'aider les femmes à comprendre avec plus d'exactitude leurs cycles menstruels. Cette connaissance a des implications non seulement en matière de prévention de grossesse mais également pour la conception, au cas où l'utilisatrice déciderait plus tard de tomber enceinte.

## CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Considérant le taux élevé de besoins non –satisfaits de PF au Burkina Faso, les efforts entrepris dans le sens de répondre à ces besoins non- satisfaits doivent impliquer un élargissement des options mises à la disposition des femmes et des couples. Les résultats de l'étude indiquent que l'introduction d'une nouvelle méthode de PF simple et naturelle comme la MJF, à même d'être mieux acceptée culturellement par certaines clientes, représente une stratégie viable pour l'élargissement de la gamme des choix de méthodes contraceptives dans le pays.

A la lumière de ces résultats de l'étude, il serait utile d'élargir la disponibilité de la MJF à d'autres structures de santé au Burkina Faso. Un tel élargissement requerrait certaines modifications de l'approche, y compris des modules de formation et des matériels d'appui.

### **Suggestions des utilisatrices en vue d'une amélioration de la MJF**

Les suggestions faites par les utilisatrices de la MJF sont ci-dessous présentées. Certaines des suggestions ne sont pas rentables, si l'on considère faite leur rapport coût - efficacité. C'est le cas par exemple de la suggestion qui voudrait que l'on fabrique des Colliers du Cycle pour le programme du Burkina Faso dont les couleurs des perles seront des couleurs bien connues ici. Les Colliers du Cycle constituent un simple outil mais qui doit être fabriqué sur la base de spécifications exactes afin de lui permettre d'être un produit de qualité et d'avoir une utilisation optimale. Les Colliers du Cycle sont constitués de perles en forme de gouttes qui permettent à l'utilisatrice de pouvoir déplacer facilement l'anneau (en forme de O) uniquement dans une seule direction. La forme des perles permet également de s'assurer que l'anneau restera bien placé sur chaque perle et n'aura pas tendance à glisser. Les Colliers du Cycle sont un instrument relativement simple aussi bien dans sa conception que dans sa fabrication. Cependant, compte tenu de leur utilisation très importante en tant que méthode de planification, les meilleures pratiques recommandent que l'on fasse attention à des normes de qualité spécifiques. Si une femme se fie à la MJF (et au Collier du Cycle) comme la méthode de planification qu'elle a choisie, la production de Colliers du Cycle qui ne soient pas conformes aux spécifications ou qui n'aurait pas fait l'objet de contrôle de qualité rigoureuse et indépendante pourrait avoir comme conséquence, une grossesse indésirée (et éventuellement un décès ou un préjudice grave sur la santé de la femme). Malheureusement, l'expérience a montré que les programmes dans lesquels il n'y a pas de systèmes de contrôle du niveau de qualité, il s'en est suivi un fort taux de rejet du produit (plus de 10%). Ainsi, la production de masse sur une base régionale s'avère être un scénario de production plus viable. Beaucoup de programmes trouveront que l'importation constitue l'option la plus rentable, particulièrement lorsque les coûts liés à la gestion de la production et au processus de contrôle de la qualité du produit sont pris en considération.

Les suggestions faites par les utilisatrices ont été regroupées dans les trois catégories ci-dessous :

#### **Les Colliers du Cycle**

- Changer l'anneau.

- Changer les couleurs utilisées pour indiquer les jours féconds et de sécurité (les perles sombres devraient être utilisées pour indiquer le danger, les perles blanches pour indiquer les jours de sécurité).
- Automatiser le collier en une sorte de montre ou de pendule que l'on pourrait soit porter sur le corps ou accrocher dans la maison afin de réduire le problème d'oubli.
- Adapter le collier à différents cycles.

### Les jours féconds

- Revoir la durée de la fenêtre féconde.
- Ramener à moins de 12 jours la durée de la période féconde.
- Donner un collier aux hommes (2 colliers par couple) afin que les femmes soient plus libres.
- Mettre l'accent davantage sur l'abstinence que sur l'utilisation du préservatif.

### La promotion de la MJF

- Rendre la MJF disponible dans un plus grand nombre de centres de santé.
- Sensibiliser les gens à la méthode ; plus d'informations et de publicité.
- Elaborer des spots publicitaires dans différentes langues, ou à l'aide de mimes pour les gens analphabètes.
- Utiliser une approche genre dans la sensibilisation (trouver des hommes pour faire la mobilisation et la sensibilisation communautaire auprès des autres hommes).
- Rendre plus visibles les avantages de la MJF sur la santé.

### Recommandations pour l'élargissement des activités de la MJF

A l'avenir, si le Ministère de la santé ou des structures sanitaires privées décident d'élargir le programme de la MJF au Burkina Faso, il est recommandé que les différentes étapes suivantes pour l'introduction de la méthode dans les services de PF en place soient suivies :

- **Promouvoir la MJF dans les circonscriptions sanitaires :** Au début de l'étude, la fréquentation dans les cliniques de PF était faible tout comme l'était la demande de la MJF compte tenu qu'elle était une nouvelle méthode avec laquelle les femmes n'étaient pas familiarisées. Mwanganza a entrepris une campagne médiatique plusieurs mois après le début de l'étude et cela avait été suivie d'une augmentation immédiate de la demande. Les activités de promotion devraient débuter dès l'introduction de la méthode dans une nouvelle structure sanitaire afin de susciter une demande au sein des communautés environnantes. Les utilisatrices de la MJF ont formulé les recommandations spécifiques suivantes en matière de stratégies de promotion : création de spots publicitaires en plusieurs langues, ou à l'aide de mimes pour les personnes analphabètes ; identifier des hommes qui seraient chargés de faire un travail de proximité et de sensibilisation auprès des autres hommes ; vanter plus largement les avantages de la MJF sur la santé. Dans le cadre de ses efforts de promotion, des stratégies différentes d'IEC devraient être utilisées pour cibler les hommes à l'aide par exemple de supports tels que des prospectus d'information conçus pour les hommes et que l'on remettra aux clientes pour qu'elles les leur ramènent à la maison, des émissions radio ciblées sur les hommes et des rassemblements communautaires auxquels prendront part les promoteurs, de sorte à inciter et à encourager les autres hommes à aider leurs partenaires dans l'apprentissage et l'utilisation de la MJF. Toutes les activités d'IEC pourraient être menées en utilisant une

approche à plusieurs méthodes étant donné que le taux global d'utilisation de la PF au Burkina Faso est bas, et que les programmes de PF pourraient profiter d'une manière générale d'une campagne intensifiée d'IEC.

- **Réviser les approches de formation des prestataires :** la formation devrait être adaptée au niveau de formation avant le début du service ou pour s'accorder au qualification du prestataire. Au Burkina Faso, les accoucheurs auxiliaires ont besoin d'une période de formation plus longue ; de même, le contenu et la durée des modules de formation devraient être révisés en conséquence.
- **Utiliser des critères d'éligibilité révisés et d'autres supports professionnels :** Beaucoup de femmes ayant manifesté de l'intérêt à utiliser la MJF au niveau des trois cliniques (sites de l'étude) se sont vues refuser la méthode parce qu'elles ne satisfaisaient pas aux critères stricts d'éligibilité. Ces critères prévoient le refus de la méthode à des femmes qui ignorent la durée de leur cycle menstruel. Cette exclusion représente une barrière inutile à l'utilisation de la méthode et pourrait décourager les femmes au point de les amener à ne plus utiliser de méthode du tout. Sur la base des résultats d'études sur la MJF provenant d'autres pays en développement, l'IRH a développé des supports professionnels révisés à l'intention des prestataires et des superviseurs, y compris des critères d'éligibilité que les prestataires devront utiliser dans le cadre de la prestation de service de routine. Ces critères d'éligibilité prévoient une série de questions simples qui permettent d'évaluer la durée et la régularité du cycle et un « Fiche de Coaching » destiné à aider les superviseurs à structurer leurs visites de supervision. Ces supports professionnels ont été mis à la disposition des partenaires du Burkina Faso lors de la réunion de restitution des résultats de cette étude.
- **Réexaminer les stratégies de suivi :** de toute évidence, il paraît invraisemblable d'effectuer des visites à domicile pour assurer le suivi des clientes de la MJF une fois que l'extension des activités de la méthode aura été effectuée. Si tel est le cas, la séance initiale de counseling que les clientes de la MJF reçoivent à la structure sanitaire doit être d'une très haute qualité afin de s'assurer que celles-ci ont bien compris comment utiliser la méthode. En plus, les prestataires devront encourager vivement les femmes à se rendre à nouveau au centre de santé pour la séance de suivi. Il y'a également lieu de procéder à un travail d'exploration en vue d'identifier de nouvelles stratégies de suivi (approches communautaires).
- **Améliorer le processus d'approvisionnement en Colliers du Cycle :** la mise en place d'un procédé durable d'approvisionnement en Colliers du Cycle reste encore un sujet préoccupant si l'on veut éviter les ruptures de stocks. Les autorités du Ministère de la Santé feraient œuvre salubre si elles allouaient des ressources pour la MJF dans leurs programmes de financement des contraceptifs et si elles collaboraient avec d'autres pays comme le Bénin, qui a déjà introduit la MJF afin d'identifier un mécanisme d'approvisionnement en cours. Actuellement, l'IRH est en train de travailler avec l'USAID /Washington, sur orientation des Missions et des programmes, à identifier des stratégies d'approvisionnement des Colliers du Cycle au prix unitaire le plus bas.

### **Recommandations pour de futures études similaires**

- **Importance de la promotion de la MJF dans les circonscriptions sanitaires :** Au début de l'étude, l'enrôlement était faible à cause de plusieurs facteurs. L'affluence dans les

cliniques de PF était faible pendant cette période parce que c'était la saison pluvieuse. En plus, la demande de la méthode était faible. Par conséquent, les coordonnateurs de l'étude avaient mené une campagne de promotion qui avait consisté entre autres à des activités de mobilisation sociale/communautaire et de diffusion de spots en Mooré et en Français à la télévision. Cette campagne promotionnelle avait grandement favorisé l'augmentation de la demande de la MJF et amélioré la fréquentation des cliniques de PF à la fin de la saison pluvieuse.

- **Stratégie des visites à domicile :** Voyant qu'un petit nombre seulement de femmes étaient retournées à la clinique dans le cadre des visites de suivi qui avaient été préalablement prévues, il était impératif que les prestataires et les coordonnateurs de l'étude mettent en place un système pour assurer le suivi des femmes à domicile. Pour ce faire, il était indispensable que les prestataires aient des informations exactes concernant le contact de toutes les femmes enrôlées afin de pouvoir suivre celles-ci, soit à la clinique ou à domicile.
- **La supervision continue des prestataires :** La supervision est capitale pour s'assurer que les prestataires conservent un bon niveau de connaissances techniques et qu'ils remplissent convenablement les formulaires d'étude.

## ANNEXE

# ORGANISATION DES SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE PAR STRUCTURE

## ORGANISATION DU SITE

L'organisation des services de planification varie d'un site à l'autre, suivant la disponibilité des ressources. La MJF a été incorporée dans la prestation des services de PF de routine dans chaque clinique. Par conséquent, dans chaque site, les membres du personnel ont différentes fonctions se rapportant à la MJF.

**Tableau Annexe-1. Modèle d'organisation, par site**

Site	Structure organisationnelle de la clinique	Assignations du prestataire lié à la MJF	Tâches de suivi du prestataire/agent liées à la MJF	Autres tâches liées à la MJF
<b>ABBEF</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Personnel affecté à la PF</li> <li><input type="checkbox"/> Tout le personnel de PF est formé en MJF</li> <li><input type="checkbox"/> Deux agents assurent les services de suivi de la MJF</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Registre de PF</li> <li><input type="checkbox"/> Carte de la cliente</li> <li><input type="checkbox"/> Formulaire de consentement</li> <li><input type="checkbox"/> Formulaire de recrutement</li> <li><input type="checkbox"/> Formulaire d'identification</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Questionnaire de suivi</li> <li><input type="checkbox"/> Entretien pour grossesse</li> <li><input type="checkbox"/> Formulaire des pertues de vue aux séances de suivi</li> <li><input type="checkbox"/> Entretien de l'abandon</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Organisation centrale des formulaires</li> <li><input type="checkbox"/> Organisation des rendez-vous</li> </ul>
<b>CSPS Kombis siri</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Personnel affecté à la PF</li> <li><input type="checkbox"/> Tout le personnel de PF est formé en MJF</li> <li><input type="checkbox"/> Un agent assure les services de suivi de la MJF</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Registre de PF</li> <li><input type="checkbox"/> Carte de la cliente</li> <li><input type="checkbox"/> Formulaire de recrutement</li> <li><input type="checkbox"/> Formulaire de consentement</li> <li><input type="checkbox"/> Formulaire d'identification</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Questionnaire de suivi</li> <li><input type="checkbox"/> Entretien pour grossesse</li> <li><input type="checkbox"/> Formulaire des pertues de vue aux séances de suivi</li> <li><input type="checkbox"/> Entretien de l'abandon</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Organisation centrale des formulaires</li> <li><input type="checkbox"/> Organisation des rendez-vous</li> </ul>
<b>SMI Centrale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Les membres du personnel assurent tous les services de soins de santé de base et travaillent en équipes rotatives à raison d'une équipe par jour offrant la FP ; dans chaque équipe offrant la PF, il y a au moins une personne formée en MJF</li> <li><input type="checkbox"/> Deux prestataires assurent les services de suivi de la MJF</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Registre de PF</li> <li><input type="checkbox"/> Carte de la cliente</li> <li><input type="checkbox"/> Formulaire de recrutement</li> <li><input type="checkbox"/> Formulaire de consentement</li> <li><input type="checkbox"/> Formulaire d'identification</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Questionnaire de suivi</li> <li><input type="checkbox"/> Entretien pour grossesse</li> <li><input type="checkbox"/> Formulaire des pertues de vue aux séances de suivi</li> <li><input type="checkbox"/> Entretien de l'abandon</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Organisation centrale des formulaires</li> <li><input type="checkbox"/> Organisation des rendez-vous et des visites à domicile</li> </ul>

## REFERENCES

Annuaire Statistique de l'Institut National de la Statistique de la Démographie. 2003. Ministère de l'Économie et du Développement: Ouagadougou: Burkina Faso.

Arévalo M, V Jennings, and I Sinai. 2002. Efficacy of a new method of family planning: The Standard Days Method. *Contraception* 65(5): 333–338.

Barrère B, G Mboup, and M Ayad. 1999. *Enquêtes Démographiques et de Santé en Afrique de l'Ouest: Résultats des Enquêtes Démographiques et de Santé réalisées au Burkina Faso (1998–1999), au Cameroun (1998), en Côte d'Ivoire (1998–1999) et au Togo (1998)*. Macro International Inc.: Calverton, MD.

Institut National de la Statistique de la Démographie (INSD). 1996. *Recensement Général de la Population et de l'Habitat, Ministère des Finances*. Ouagadougou: Burkina Faso.

Institut National de la Statistique de la Démographie (INSD) and ORC Macro. 2004. *Enquête Démographique et de Santé: Burkina Faso 2003*. INSD and ORC Macro: Calverton MD.

Mane B. 2000. *Augmenter l'Acceptation et l'Usage de la Planification Familiale Naturelle: Une Etude Diagnostique*. Centre de Formation et de Recherche en Santé de la Reproduction (CEFOREP) and Institute for Reproductive Health: Washington, D.C.

PNUD (United Nations Development Programme). 2000. *Rapport mondial sur le développement humain*. Oxford University Press: New York.

Sub-Sahara's Unmet Need. *Popline* 2000. Vol. 22. Population Institute: Washington, DC.